

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αιτιακές αποδόσεις των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας: Αυτοαποτελεσματικότητα και ποιότητα επαγγελματικής ζωής.

Μαρκοζάννες Ιωάννα

(Α.Μ.: 011)

Μέλη τριμελούς:

Κλεφτάρας Γεώργιος, Καθηγητής (επιβλέπων)

Βλάχου Αναστασία, Καθηγήτρια

Σταυρούση Παναγιώτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Βόλος, 2021

Υπεύθυνη Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Ιωάννα Μαρκοζάννες, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο **«Αιτιακές αποδόσεις των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας: Αυτοαποτελεσματικότητα και ποιότητα επαγγελματικής ζωής»** αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Μαρκοζάννες Ιωάννα

Σύντομη περίληψη

Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας θεωρείται στιγματισμένη ακόμη και από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα για τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τους ειδικούς είναι ελάχιστα. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αιτιακών αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από τους Έλληνες ειδικούς ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, να μελετηθεί το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αιτιακών αποδόσεων με το επίπεδο Αυτοαποτελεσματικότητας και Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής των ειδικών ψυχικής υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 85 ειδικών ψυχικής υγείας (24 έως 57 ετών). Χορηγήθηκαν τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία: η τροποποιημένη από τους Dagnan, Trower και Smith (1998) εκδοχή της Κλίμακας Αιτιακών Αποδόσεων (Causal Attribution Scale - CAS), η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale – GSE), η κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (Professional Quality of Life 5 - ProQOL 5) και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι Έλληνες ειδικοί ψυχικής υγείας αποδίδουν τους παράγοντες «εσωτερική εστία ελέγχου» και «σταθερότητα» των δύσκολων συμπεριφορών περισσότερο στο άτομο παρά σε παράγοντες πέραν του ατόμου, ενώ τον παράγοντα «ελεγχξιμότητα» περισσότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου παρά στο ίδιο το άτομο. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας και των αιτιακών αποδόσεων. Παρατηρήθηκε ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας του ProQOL 5 «ικανοποίηση από τη συμπίνα» και του παράγοντα «ελεγχξιμότητα». Η ομάδα που ανέφερε μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα στον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου». Τέλος, τα αποτελέσματα συζητούνται σε σχέση με τα υπάρχοντα δεδομένα, αποτυπώνονται οι περιορισμοί της έρευνας και γίνονται προτάσεις ως προς τη δυνατότητα αξιοποίησης των αποτελεσμάτων για μελλοντική έρευνα αλλά και την πιθανή συμβολή τους στο έργο των ειδικών ψυχικής υγείας.

Λέξεις – κλειδιά: μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, δύσκολες συμπεριφορές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αιτιακές αποδόσεις, αυτοαποτελεσματικότητα, ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Σύντομη περίληψη στα Αγγλικά

Borderline personality disorder is considered stigmatized even among the mental health professionals. However, research data concerning the factors that may affect the professionals are scarce. The purpose of this research is the investigation of Greek mental health professionals' causal attributions to challenging behaviours of persons with borderline personality disorder. Specifically, to study if there is a correlation between Greek mental health professionals' causal attributions and their level of self-efficacy and professional quality of life. The survey was conducted on a sample of 85 mental health professionals, from 24 to 57 years old. The psychometric tools administered were the modified by Dagnan, Trower and Smith (1998) version of the Causal Attribution Scale (CAS), the General Self-Efficacy Scale (GSE), the Professional Quality of Life 5 (ProQOL 5) as well as a brief demographic questionnaire. Results indicate that Greek mental health professionals attribute the factors 'internality' and 'stability' of challenging behaviours more to the person than to other factors, whereas they attribute the factor 'controllability' more to other factors than to the person. No correlation was found between self-efficacy level and attributional causes. A weak negative correlation between the 'compassion satisfaction' scale of the ProQOL 5 and the controllability factor was observed. Participants with average secondary traumatic stress showed lower levels on the internality factor. Finally, the results are discussed in regard to the existing data, research restrictions are imprinted and suggestions are made as to the possibility of using the results for future research as well as their contribution to mental health professionals' work.

Keywords: borderline personality disorder, challenging behaviours, mental health professionals, causal attributions, self-efficacy, professional quality of life

Εκτενής Περίληψη

Η Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας θεωρείται η πιο συχνή διαταραχή προσωπικότητας, ωστόσο παραμένει αυτή με την χειρότερη θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και η πιο στιγματισμένη από τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Τα ερευνητικά δεδομένα για τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ειδικούς στην αντιμετώπιση των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είναι ελάχιστα. Η διερεύνηση παραγόντων που ενδέχεται να σχετίζονται με την αντιμετώπιση ασθενών με δύσκολες συμπεριφορές μπορεί να παράσχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ασθενών με τη συγκεκριμένη διάγνωση.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αιτιακών αποδόσεων των ειδικών ψυχικής υγείας για τις δύσκολες συμπεριφορές των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας με την αυτοαποτελεσματικότητα και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ειδικοί. Οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώθηκαν με βάση τη βιβλιογραφία. Η πρώτη υπόθεση αφορά στην διερεύνηση του που αποδίδουν περισσότερο τις δύσκολες συμπεριφορές οι ΕΨΥ, στον ίδιο τον ασθενή ή σε παράγοντες πέραν του ασθενούς. Η δεύτερη στην συσχέτιση των αποδόσεων με την αυτοαποτελεσματικότητα. Η τρίτη στην συσχέτιση των αποδόσεων με τα επιμέρους στοιχεία της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, την ικανοποίηση από τη συμπόνια, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 85 ειδικοί ψυχικής υγείας μεταξύ 24 και 57 ετών. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν είναι η τροποποιημένη από τους Dagnan, Trower και Smith (1998) εκδοχή της Κλίμακας Αιτιακών Αποδόσεων (Causal Attribution Scale -CAS) που βασίστηκε στο Ερωτηματολόγιο του Στυλ Απόδοσης (Attributional Style Questionnaire) το οποίο κατασκευάστηκε από τους Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky και Seligman (1982), η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale – GSE), η Κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (Professional Quality of Life 5 - ProQOL 5) και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών. Οι κλίμακες GSE και ProQol 5 είναι μετεφρασμένες και σταθμισμένες σε ελληνικό πληθυσμό. Η παραγοντική ανάλυση και η ανάλυση αξιοπιστίας που πραγματοποιήθηκαν για το ερωτηματολόγιο CAS έδειξαν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Προέκυψαν τρεις παράγοντες που αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές. Αφού έγινε έλεγχος κανονικότητας για την κάθε μεταβλητή, επιλέχθηκαν για τις αναλύσεις παραμετρικά ή μη παραμετρικά κριτήρια

αντίστοιχα. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μέσω των όρων για ανεξάρτητα δείγματα, μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης και αναλύσεις συσχετίσεων αναλόγως με τη φύση των υπό διερεύνηση μεταβλητών (Independent Samples t-test ή Mann Whitney test, One Way Anova ή Kruskal Wallis, Pearson r).

Παρατηρείται χαμηλότερη απόδοση στο άτομο για τον παράγοντα «ελεγχιμότητα», ενώ υψηλότερη απόδοση στο άτομο για τους παράγοντες «εσωτερική εστία ελέγχου» και «σταθερότητα». Δεν εντοπίζεται συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας και των αιτιακών αποδόσεων. Σημειώνεται ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνια και του παράγοντα «ελεγχιμότητα». Η ομάδα που ανέφερε μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα στον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου» συγκριτικά με τις ομάδες με υψηλό και χαμηλό δευτερογενές τραυματικό στρες. Η διερεύνηση πιθανής επίδρασης δημογραφικών παραγόντων έδειξε ότι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη ηλικία και αυτοί με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές περισσότερο στο άτομο για τους παράγοντες «εσωτερική εστία ελέγχου» και «σταθερότητα», συγκριτικά με τους νεότερους και με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας συμμετέχοντες.

Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν σε μελλοντικές έρευνες για την πιο ολοκληρωμένη διερεύνηση των σχέσεων που προέκυψαν. Ακόμα, δύναται να χρησιμοποιηθούν με στόχο τον εμπλουτισμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την ευαισθητοποίηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και στο προσωπικό ταξίδι διαμόρφωσης της ταυτότητας του επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

| | |
|--------|---|
| ΑΜΔΠ | Ασθενείς με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας |
| ΔΠ | Διαταραχή Προσωπικότητας |
| ΕΨΥ | Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας |
| ΜΔΠ | Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας |
| ΠΕΖ | Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΨΥ | Ψυχική Υγεία |
| ΑΡΑ | American Psychological Association |
| CAS | Causal Attribution Scale |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders |
| GSE | General Self-Efficacy |
| ICD | International Classification of Diseases |
| ProQOL | Professional Quality of Life |
| TIC | Trauma Informed Care |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ..... | 2 |
| ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 3 |
| ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ | 4 |
| ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 5 |
| ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ | 7 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 10 |
| A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ | 13 |
| 1. ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ | 13 |
| 1.1. Θεωρητικό υπόβαθρο | 13 |
| 1.1.1. Ορισμός, διάγνωση και ταξινόμηση | 13 |
| 1.1.2. Αιτοπαθογένεια, πορεία, πρόγνωση και θεραπεία | 14 |
| 1.1.3. Δύσκολες συμπεριφορές, αντιδράσεις των ΕΨΥ και επίδραση στη θεραπευτική αντιμετώπιση | 16 |
| 1.2. Ερευνητικές προσεγγίσεις..... | 18 |
| 1.2.1. Στάσεις | 18 |
| 1.2.2. Οι δύσκολες συμπεριφορές | 20 |
| 2. ΑΙΤΙΑΚΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ..... | 24 |
| 2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο | 24 |
| 2.1.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις αιτιακές αποδόσεις..... | 26 |
| 2.1.2. Παράγοντες που επηρεάζονται από τις αιτιακές αποδόσεις..... | 27 |
| 2.2. Ερευνητική επισκόπηση..... | 28 |
| 3. ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ | 31 |
| 3.1. Θεωρητικό υπόβαθρο | 31 |
| 3.1.1. Δόμηση πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας | 31 |
| 3.1.2. Επίδραση στην ανθρώπινη λειτουργία | 32 |
| 3.2. Ερευνητική επισκόπηση..... | 35 |
| 3.2.1. Αντιδράσεις των ΕΨΥ στους ΑΜΔΠ και αυτοαποτελεσματικότητα | 35 |
| 3.2.2. Δύσκολες συμπεριφορές και αυτοαποτελεσματικότητα | 36 |
| 4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ | 38 |
| 4.1. Θεωρητικό Υπόβαθρο | 38 |
| 4.1.1. Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής για αυτούς που παρέχουν βοήθεια | 38 |
| 4.1.2. Επαγγελματική Εξουθένωση | 39 |
| 4.1.3. Δευτερογενές Τραυματικό Στρες | 42 |
| 4.1.4. Κόπωση Συμπόνιας | 43 |
| 4.1.5. Αντιδράσεις των ΕΨΥ στους ΑΜΔΠ και ΠΕΖ..... | 46 |
| 4.2. Ερευνητική επισκόπηση..... | 48 |
| 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ | 49 |
| B. ΜΕΘΟΔΟΣ..... | 51 |
| 1. ΔΕΙΓΜΑ..... | 51 |
| 2. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ | 52 |
| 2.1. Κλίμακα Αιτιακών Αποδόσεων..... | 52 |
| 2.2. Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας | 53 |
| 2.3. Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής 5 | 54 |
| 2.4. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων | 55 |
| 3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ | 56 |
| Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 58 |

| | |
|--|-----------|
| 1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ..... | 58 |
| 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ CAS | 58 |
| 3. ΈΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ | 59 |
| 4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ 1: ΟΙ ΕΨΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟΔΙΔΟΥΝ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΜΔΠ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΕΡΑΝ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ. | 59 |
| 4.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες αποδόσεων..... | 60 |
| 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ 2: ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΨΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΔΟΣΕΩΝ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ. | 63 |
| 6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ 3: ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΕΖ ΤΩΝ ΕΨΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΔΟΣΕΩΝ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ. | 63 |
| Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 66 |
| 1. ΑΙΤΙΑΚΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΨΥ..... | 66 |
| 2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΙΤΙΑΚΩΝ ΑΠΟΔΟΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ..... | 69 |
| 3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΙΤΙΑΚΩΝ ΑΠΟΔΟΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΖ..... | 70 |
| 4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ..... | 72 |
| 5. ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 74 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 77 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... | 86 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α..... | 87 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β..... | 98 |

Εισαγωγή

Η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας υψηλής ποιότητας είναι ένα θέμα που πάντα απασχολούσε τους ειδικούς. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η φροντίδα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζεται ανεπαρκής και προβληματική. Το πιο χαρακτηριστικό και πολυμελετημένο παράδειγμα είναι αυτό των Ασθενών με Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (στο εξής ΑΜΔΠ). Πλήθος ερευνών υποδεικνύουν ότι η διάγνωση της Μετايχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας (στο εξής ΜΔΠ) επηρεάζει το επίπεδο και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης του προσωπικού με τους ασθενείς και επιβεβαιώνουν την αύξηση των αρνητικών αντιλήψεων, αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων και στίγματος στην περίπτωση της ΜΔΠ σε σχέση με άλλες ψυχικές ασθένειες όπως διαταραχές του συναισθήματος ή σχιζοφρένεια (Deans & Meocevic, 2006. Sansone & Sansone, 2013).

Παρ' όλα αυτά, οι σχετικές ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται κυρίως στην καταγραφή των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων και λιγότερο στην προσπάθεια κατανόησης του πού οφείλονται αυτές οι αρνητικές αντιδράσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (στο εξής ΕΨΥ). Οι Markham & Trower (2003) και ο Forsyth (2007) προσεγγίζουν το θέμα μέσω της θεωρίας των αιτιακών αποδόσεων του Weiner (1980, 1985), σύμφωνα με την οποία αρνητικές συμπεριφορές και συναισθήματα συνδέονται με την απόδοση των αιτιών της συμπεριφοράς σε ελεγχόμενους και σταθερούς παράγοντες, ενώ θετικές αντιδράσεις (αισιοδοξία, συμπάθεια, παροχή βοήθειας) συνδέονται με μη ελεγχιμότητα και ασταθείς παράγοντες. Έχοντας ως βάση τα αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές των ΕΨΥ όπως ο θυμός, η έλλειψη συμπάθειας και η απόσυρση της βοήθειας, οι ερευνητές αυτοί υπέθεσαν ότι τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα των αιτιακών αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στον ίδιο τον ΑΜΔΠ (π.χ. ότι το άτομο ελέγχει τη συμπεριφορά του, ότι η συμπεριφορά αυτή είναι σταθερή και ότι φταίει το ίδιο το άτομο κι όχι η ασθένεια). Η έννοια των αιτιακών αποδόσεων ανήκει στις γνωστικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τα κίνητρα και περιγράφει τον τρόπο που οι άνθρωποι ερμηνεύουν τις αιτίες της συμπεριφοράς των άλλων ή του εαυτού τους και πώς αυτές οι ερμηνείες επηρεάζουν την κινητοποίηση και την συμπεριφορά τους (Weiner, 1972, 1985).

Στον Ελλαδικό χώρο, οι αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες είναι εξαιρετικά περιορισμένες και τα ευρήματά τους έρχονται σε αντίθεση με αυτά από τις έρευνες του

εξωτερικού. Σε έρευνα των (Giannouli et al., 2009) σχετικά με τις στάσεις των ψυχιατρικών νοσηλευτών προς τους ΑΜΔΠ βρέθηκε ότι ενώ τους αντιλαμβάνονται ως δύσκολους ως προς τη διαχείριση ασθενείς, αποδίδουν τη δυσκολία αυτή στην έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού και στην έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε επίσης την διαθεσιμότητά του για περαιτέρω εκπαίδευση, ενώ μεγάλο ποσοστό αναφέρθηκε στην ανάγκη για δημιουργία εξειδικευμένων υπηρεσιών και νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. Η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση, δημιουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων και ύπαρξη εποπτείας έχει αναφερθεί στην πλειοψηφία των ερευνών και στο εξωτερικό. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα είναι ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς προκαλούν συναισθήματα ανεπάρκειας και κάνουν τους ειδικούς να νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένοι με το θεραπευτικό τους ρόλο και λιγότερη αυτοπεποίθηση ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτόν (Sansone & Sansone, 2013). Η αντίληψη για την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις που έχει η διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών των ΑΜΔΠ μπορεί να εκφραστεί με την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας ανήκει στην κοινωνικο-γνωστική θεωρία του Bandura για τη μάθηση και αφορά στις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει με επιτυχία κάποιο έργο ή δραστηριότητα, ώστε να πετύχει ένα στόχο (Bandura, 1977, 1986). Η κρίση που κάνει κάποιος για την επάρκειά του συμβάλλει στην κινητοποίηση για μελλοντική προσπάθεια και εμπλοκή με παρόμοια έργα (Bandura, 1997).

Ένας ακόμα παράγοντας που έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής (στο εξής ΠΕΖ) των ΕΨΥ. Η ΠΕΖ για όσους παρέχουν βοήθεια, όπως περιεγράφηκε από την Stamm (2010), αποτελείται από μια θετική και μια αρνητική διάσταση. Η θετική διάσταση είναι η ικανοποίηση από τη συμπόνια και αφορά στην χαρά που παίρνει κάποιος από το να προσφέρει έργο μέσα από την εργασία του. Η αρνητική διάσταση είναι η κόπωση από τη συμπόνια και περιλαμβάνει την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Τις τελευταίες δεκαετίες, η έννοια της κόπωσης από την συμπόνια και της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν χαρακτηριστεί ως παράγοντες που μπορεί να δυσκολέψουν την ικανότητα παροχής υπηρεσιών (Mangoulia et al., 2015) και ως απειλή στην ηθική και δεοντολογική άσκηση πρακτικής (Lachman, 2016). Κάποιες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ, όπως η αίσθηση ότι η προσπάθεια δεν επιφέρει αλλαγές, η μειωμένη διάθεση για βοήθεια, η απελπισία, ο κυνισμός και η αποστασιοποίηση αποτελούν επίσης και συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη, η έλλειψη ικανοποίησης από το θεραπευτικό ρόλο μπορεί να εκφράζει χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι δύο προαναφερθέντες κινητήριοι παράγοντες ενδέχεται να συμβάλουν στην αντίληψη των ΕΨΥ για την δυσκολία στη διαχείριση των ΑΜΔΠ. Οι αιτιακές αποδόσεις και συγκεκριμένα οι διαστάσεις της σταθερότητας και του ελέγχου της συμπεριφοράς φαίνεται να σχετίζονται με τη διάθεση για παροχή βοήθειας, το θυμό και την έκφραση συμπάθειας. Η αυτοαποτελεσματικότητα των ΕΨΥ καθώς οι προσδοκίες τους για το αν μπορούν ή όχι να ανταπεξέλθουν και να αντιμετωπίσουν τις «δύσκολες συμπεριφορές» ενδέχεται να επηρεάζουν την ερμηνεία της συμπεριφοράς των ασθενών αλλά και τις αντιδράσεις τους. Επιπλέον, κάποιες από τις αντιδράσεις των ΕΨΥ συμπίπτουν με παράγοντες της ΠΕΖ. Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια, προτείνεται να εξεταστεί το αν και πώς οι αιτιακές αποδόσεις των δύσκολων συμπεριφορών ΑΜΔΠ, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας και η ΠΕΖ των ΕΨΥ σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά και το πώς σχετίζονται με άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική ειδικότητα και τα έτη προϋπηρεσίας.

Η έρευνα επιχειρεί να καταγράψει τις αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ, κάτι που δεν έχει ξαναγίνει στην Ελλάδα, προσφέροντας έτσι μια βάση για ανάπτυξη και συμπλήρωση της βιβλιογραφίας. Επιπλέον, επιχειρεί να αναδείξει πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τους ΕΨΥ αναφορικά με την τέλεση του έργου τους και τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για τους ΑΜΔΠ ως «δύσκολους ασθενείς». Η γνώση των παραπάνω μπορεί να βοηθήσει τους ΕΨΥ να αποκτήσουν καλύτερη κατανόηση του πώς διαχειρίζονται θέματα σχετικά με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, κάτι που ενδεχομένως θα συμβάλλει στην επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού τρόπου αντιμετώπισης των ΑΜΔΠ. Παράλληλα θα αναδειχθούν ανάγκες για περαιτέρω εκπαίδευση και εποπτεία και θα προκύψουν οι δράσεις που χρειάζεται να πραγματοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1. Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας

1.1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Το 1938, ο Adolph Stern αναφέρθηκε σε μια ομάδα ασθενών που δεν ταξινομείται διαγνωστικά ούτε στην ομάδα των ψυχώσεων ούτε των νευρώσεων, αλλά βρίσκεται κάπου ανάμεσα, δηλαδή στο μεταίχμιο, εισάγοντας έτσι τον όρο Μεταιχμιακή Διαταραχή (Borderline Disorder). Το 1975 ο Otto Kernberg χρησιμοποίησε τον όρο Μεταιχμιακή Οργάνωση της Προσωπικότητας (Borderline Personality Organization) για να περιγράψει συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από αστάθεια και δυσλειτουργία της προσωπικότητας. Το 1978, οι Gunderson και Kolb περιέγραψαν τα χαρακτηριστικά που ορίζουν την ΜΔΠ και έκτοτε έχουν ενσωματωθεί στις σύγχρονες ψυχιατρικές ταξινομήσεις (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009).

1.1.1. Ορισμός, διάγνωση και ταξινόμηση

Η Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΜΔΠ) είναι μια διαταραχή προσωπικότητας (στο εξής ΔΠ) που σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV-TR εντάσσεται στη δεύτερη κατηγορία των ΔΠ (cluster B), η οποία περιλαμβάνει άτομα με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, η ΜΔΠ παρουσιάζει ως χαρακτηριστικό μοτίβο την αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, την εικόνα εαυτού, το συναίσθημα και χαρακτηρίζεται από άρση αναστολών και αξιοσημείωτη παρορμητικότητα, ενώ συχνά εκδηλώνεται ως δυσκολία αυτορρύθμισης (American Psychiatric Association, 2000). Στον Πίνακα Α1 (Παράρτημα Α) παρουσιάζεται η συμπτωματολογία της νόσου.

Η Μεταιχμιακή θεωρείται η πιο συχνή ΔΠ, καθώς παρουσιάζει υψηλά ποσοστά επιπολασμού και στον γενικό πληθυσμό αλλά και στον πληθυσμό των ψυχιατρικών ασθενών. Παρ' ότι φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με ΜΔΠ είναι γυναίκες, αυτό είναι πιθανό να συμβαίνει λόγω του ότι οι άντρες ασθενείς δεν ζητούν βοήθεια, με αποτέλεσμα οι ασθενείς που απευθύνονται στις υπηρεσίες και εντέλει διαγιγνώσκονται να είναι κατά κύριο λόγο γυναίκες (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009). Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από άλλες ΔΠ και από διαταραχές του συναισθήματος. Ωστόσο, υπάρχει δυσκολία στη διαφοροδιάγνωση καθώς η ΜΔΠ εμφανίζει υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης, διαταραχές στον έλεγχο των

παρορμήσεων, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, διασχιστικές και αγχώδεις διαταραχές και κατάχρηση ουσιών (Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2014). Επιπλέον, υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην ένταση των συμπτωμάτων και στη λειτουργικότητα των ΑΜΔΠ. Τα γεγονότα αυτά, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι αρκετοί ειδικοί προτιμούν να θέτουν τη διάγνωση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, καθώς θεωρούν ότι η διάγνωση της ΜΔΠ είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και επιφέρει στίγμα στην κοινωνία αλλά και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχει οδηγήσει σε αμφιθυμία της επιστημονικής κοινότητας σε σχέση με την εγκυρότητα της διάγνωσης της ΜΔΠ (Fritz, 2012).

Η ταξινόμηση της ΜΔΠ έχει επίσης προβληματίσει. Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στο τελευταίο σύστημα ταξινόμησης International Classification of Diseases 11th edition (ICD 11), δεν αναγνωρίζει τις κατηγοριοποιήσεις των διαταραχών προσωπικότητας που προτείνονται από τον APA στο DSM 5. Στο προγενέστερο σύστημα ταξινόμησης του ΠΟΥ, ICD 10, υπήρχε αναγνώριση της ΜΔΠ με τον κωδικό F60.3 Συναισθηματικά Ασταθής Διαταραχή Προσωπικότητας (Emotionally Unstable Personality Disorder, EUPD). Ωστόσο, κατά την αναθεώρηση του ICD 10 και την δημιουργία του ICD 11, η ΜΔΠ αποτέλεσε αντικείμενο προβληματισμού καθώς κάποιοι αντιπρόσωποι της επιστημονικής κοινότητας θεωρούν ότι δεν αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα (Bach & First, 2018). Φαίνεται ωστόσο πως στη σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα επικρατεί το μοντέλο και τα διαγνωστικά κριτήρια που προτείνονται από τον APA. Στην παρούσα εργασία, υιοθετείται η προσέγγιση του APA και ο όρος ΜΔΠ χρησιμοποιείται ως αναφορά σε μια ξεχωριστή κλινική οντότητα, με τα προαναφερθέντα διαγνωστικά κριτήρια. Παρ' όλα αυτά, οφείλει να αναφερθεί η κριτική που έχει ασκηθεί στη συγκεκριμένη προσέγγιση για αναγωγική, απλουστευτική παράθεση μια λίστας συμπτωμάτων, η οποία, χωρίς να προσφέρει ένα εννοιολογικό πλαίσιο κατανόησης της νόσου, δημιουργεί μια κλινική εικόνα που μπορεί να φανεί δυσβάσταχτη για κάθε ΕΨΥ (Fritz, 2012).

1.1.2. Αιτοπαθογένεια, πορεία, πρόγνωση και θεραπεία

Παράγοντες επικινδυνότητας που έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση της ΜΔΠ, είναι η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, η εγκατάλειψη, η απώλεια ενός ή και των δύο γονέων και τέλος το διαζύγιο των γονέων κατά την παιδική ηλικία (Χριστοπούλου, 2008). Μια άλλη υπόθεση, που έχει διατυπωθεί σε ότι αφορά στην αιτοπαθογένεια της ΜΔΠ, θέλει την διαταραχή αυτή να είναι μέρος Διαταραχής Μετατραυματικού Stress ή Διασχιστικής Διαταραχής, που προέκυψε μετά από σοβαρή τραυματική κακοποίηση της παιδικής ηλικίας

(Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2014). Η Ψυχαναλυτική Προσέγγιση, η προσέγγιση των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων και η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Προσέγγιση δίνουν η καθεμία τη δική της εξήγηση για την εμφάνιση ΜΔΠ. Τέλος, υπάρχουν στοιχεία που συνδέουν τη ΜΔΠ με γενετικούς, νευροβιολογικούς και οργανικούς παράγοντες (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009).

Όσον αφορά στην πορεία της διαταραχής, η έναρξή της εντοπίζεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου. Συμπτώματα που ενδέχεται να υπάρχουν στην παιδική ηλικία είναι η συναισθηματική αστάθεια, η παρορμητικότητα, ο θυμός και η επιθετικότητα. Στους ενήλικους ασθενείς, η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων και των συναισθημάτων καθώς και πιθανά ψυχωτικά ή / και διασχιστικά συμπτώματα, αυτοκτονικός ιδεασμός, αυτοτραυματισμός ή απόπειρα αυτοκτονίας, ενδέχεται να οδηγούν σε επανειλημμένες νοσηλείες. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν σημαντική εξασθένηση της κοινωνικής, ψυχολογικής και επαγγελματικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής τους, ενώ ενδέχεται να παρουσιάσουν κακή σωματική υγεία και πρόωρη θνησιμότητα από αυτοκτονία και φυσικές αιτίες (Pearce et al., 2017). Η συμπτωματολογία της διαταραχής φαίνεται να υποχωρεί με την πάροδο των χρόνων. Συγκεκριμένα, η παρορμητικότητα και οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να αρχίσουν να μειώνονται όταν ο ασθενής πλησιάζει την ηλικία των 30 και η γενικότερη συμπτωματολογία μετά την ηλικία των 40 ετών. Οι Zanarini και συνεργάτες (2003) αναφέρουν ότι το 50% των ΑΜΔΠ βελτιώνονται σημαντικά σε βαθμό που να μην πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης μετά από 5 έως 10 χρόνια μετά την λήψη της πρώτης διάγνωσης. Έχει επίσης βρεθεί ότι σπάνια ακολουθείται από υποτροπή όταν βρίσκεται σε ύφεση, καθώς και ότι ο επιπολασμός της στους ηλικιωμένους είναι πολύ χαμηλότερος από ότι στους νέους (James & Cowman, 2007. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009).

Όσον αφορά στη θεραπεία της ΜΔΠ, είναι συχνό να αντιμετωπίζεται με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, κυρίως λόγω της συννοσηρότητάς της με άλλες διαταραχές. Ιδιαίτερα κατά τις περιόδους κρίσης και έξαρσης των συμπτωμάτων, μπορεί να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά, σταθεροποιητικά της διάθεσης, αγχολυτικά ή/και αντιψυχωτικά, αναλόγως με τα επικρατέστερα συμπτώματα. Ωστόσο, η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει βρεθεί να έχει παρά μόνο σύντομα αποτελέσματα στην άμβλυνση των συμπτωμάτων, ενώ επισημαίνεται ότι χρειάζεται προσοχή στη συνταγογράφηση της δοσολογίας, λόγω της τάσης των ΑΜΔΠ για αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2014). Όσον αφορά στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, έχουν αναπτυχθεί διάφορων ειδών παρεμβάσεις, όπου αναλόγως με το θεωρητικό υπόβαθρο και την αιτιοπαθογένεια που βασίζεται η καθεμία,

αξιοποιεί ειδικές τεχνικές για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Κάποιες από τις πιο συνηθισμένες για την ΜΔΠ είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή αναλυτική θεραπεία, η δυναμική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, η ψυχαναλυτικού προσανατολισμού θεραπεία (ατομική ή ομαδική) και η θεραπεία αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Ακόμη, ως τρόποι αντιμετώπισης της ΜΔΠ αναφέρονται οι θεραπείες μέσω τέχνης και οι θεραπευτικές κοινότητες (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009).

1.1.3. Δύσκολες συμπεριφορές, αντιδράσεις των ΕΨΥ και επίδραση στη θεραπευτική αντιμετώπιση

Η ΜΔΠ θεωρείται μια από τις πιο δύσκολες στη διαχείριση και τη θεραπευτική παρέμβαση διαταραχή. Η ασταθής εικόνα εαυτού, ο φόβος εγκατάλειψης, το χρόνιο αίσθημα κενού, η αδυναμία στην αυτορρύθμιση και η αδυναμία διαχείρισης των έντονων καταστάσεων και συναισθημάτων, μπορεί να οδηγήσουν τον ΑΜΔΠ σε προσπάθειες αναζήτησης της προσοχής μέσω συμπεριφορών που χαρακτηρίζονται ως «χειριστικές», εκδραμάτιση, εκρήξεις οργής, επαναλαμβανόμενους καβγάδες, επιθετικότητα, παρορμητικές, καταχρηστικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, μέχρι και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Οι συμπεριφορές αυτές των ΑΜΔΠ καθιστούν δύσκολες τις διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων και των θεραπευτικών σχέσεων. Έτσι λοιπόν, ένας ΑΜΔΠ μπορεί να δυσκολεύεται να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με το θεραπευτικό προσωπικό. Ενδέχεται να εναλλάσσεται από την εξιδανίκευση και τη συμμόρφωση με το θεραπευτικό πλάνο με το θυμό, την απαξίωση και την υποτίμηση. Η χαρακτηριστική αστάθεια επηρεάζει και τη θεραπευτική διαδικασία, καθώς ένας ΑΜΔΠ μπορεί άλλοτε να είναι συνεπής κι άλλοτε ασυνεπής στα ραντεβού, άλλοτε συνεργάσιμος και συγκαταβατικός, ενώ άλλοτε αντιδραστικός και αρνητικός στη συνεργασία. Κάποιες φορές μπορεί να διεκδικεί επιπλέον χρόνο από τους ΕΨΥ, ενώ άλλες να εγκαταλείπει εντελώς τη θεραπεία ή να προσπαθεί να διχάσει το προσωπικό. Η διάκριση μεταξύ του πότε υπάρχει πραγματική ανάγκη για βοήθεια και του πότε ο ΑΜΔΠ λειτουργεί καταχρηστικά και εκτός πλαισίου αποδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολη ακόμη και για έμπειρους θεραπευτές. Μία τηλεφωνική επικοινωνία ή μια απαίτηση για συνάντηση σε ακατάλληλες ώρες μπορεί να υποδηλώνει ένα εύρος πιθανοτήτων, από το σοβαρό ενδεχόμενο μιας απόπειρας αυτοκτονίας μέχρι την προσπάθεια να ελέγξει ο πάσχων μια πιθανή εγκατάλειψη από τον θεραπευτή (Cleary et al., 2002. Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2014).

Οι Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης (2014), αναφέρουν ότι οι δύσκολες αυτές συμπεριφορές των ΑΜΔΠ, οδηγούν σε έντονες, αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις εκ μέρους των ΕΨΥ, όπως θυμό, την αίσθηση ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς, αμφισβήτηση των ικανοτήτων τους, υποτίμηση της αξίας τους και άγχος. Αναφέρουν επίσης ότι μπορεί τα συναισθήματά τους να αμφιταλαντεύονται και ενίοτε να είναι θετικά. Σε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις αντιδράσεις των ΕΨΥ στους ΑΜΔΠ, οι Sansone και Sansone (2013) αναφέρουν αρνητικές αντιδράσεις σε πολλαπλά επίπεδα. Όσον αφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις, οι ΕΨΥ δηλώνουν ότι νιώθουν άβολα, ανήσυχοι, εξοργισμένοι, απαθείς, ότι δεν ενδιαφέρονται τόσο για τους συγκεκριμένους ασθενείς, καθώς και ότι οι ασθενείς αυτοί προσπαθούν να τους προκαλέσουν ή να τους χειριστούν. Όσον αφορά στις αντιλήψεις για τους ΑΜΔΠ, δηλώνουν ότι τους αντιλαμβάνονται ως επικίνδυνους, δυνατούς, αδυσώπητους, ανεπιθύμητους, χειριστικούς, δύσκολους στη διαχείριση, με φτωχές δεξιότητες αντιμετώπισης και κοινωνικές συνδιαλλαγές, που καταναλώνουν χρόνο και εμπλέκονται σε συμπεριφορικές κρίσεις. Σε επίπεδο συμπεριφοράς, οι ΕΨΥ φαίνεται να επιδεικνύουν αμυντικότητα, μειωμένη έκφραση ενσυναίσθησης, μειωμένη διάθεση για βοήθεια, κοινωνική αποστασιοποίηση, αποφυγή, έκφραση θυμού και κάποιες αντιδράσεις που δεν είναι προς το συμφέρον του ασθενή, όπως υποτιμητικά σχόλια (Sansone & Sansone, 2013). Επιπλέον, παρά την καλή πρόγνωση που καταγράφεται για την ΜΔΠ, οι ΕΨΥ φαίνεται να είναι απαισιόδοξοι ως προς την έκβαση της θεραπείας (LeQuesne & Hersh, 2004).

Εύκολα κατανοεί κανείς πως όσα προαναφέρθηκαν επιδρούν στη θεραπευτική διαδικασία και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς τους ΑΜΔΠ. Η φροντίδα των ΑΜΔΠ έχει αναγνωριστεί ως προβληματική περιοχή για τους ΕΨΥ. Έχει παρατηρηθεί ότι οι αρνητικές αντιλήψεις, τα στερεότυπα και το στίγμα αυξάνονται στην περίπτωση της ΜΔΠ σε σχέση με άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως διαταραχές του συναισθήματος ή σχιζοφρένεια (Sansone & Sansone, 2013). Στις έρευνες που μελετούν τις απόψεις των ίδιων των ΑΜΔΠ, έχει καταγραφεί ότι νιώθουν ότι οι άλλοι τους επιρρίπτουν ευθύνες και τους θεωρούν χειριστικούς, ότι νιώθουν απόρριψη, ότι υπήρχε έλλειψη διαύγειας στη λήψη αποφάσεων θεραπείας, έλλειψη εξέτασης των παραπόνων τους και έλλειψη ολοκληρωμένης διερεύνησης και ότι τους υποτιμούν, τους στιγματίζουν και δεν τους παρέχουν τη φροντίδα που πρέπει (Nehls, 1998. Horn, Johnstone & Brooke, 2007. Veysey, 2011. Molin, Graneheim & Lindgren, 2016). Καταγράφεται επίσης ότι η λήψη της συγκεκριμένης διάγνωσης δεν τους προσέφερε κάποια βοήθεια ή κατανόηση σε σχέση με αυτά που βιώνουν, όπως επίσης ότι εν τέλει δεν είχε κανένα όφελος προς την κατεύθυνση της θεραπείας, και ότι ζουν με μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες

ΨΥ, λόγω της προκατάληψης αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες (Nehls, 1998. Horn et al., 2007). Οι αρνητικές, μη θεραπευτικές αντιδράσεις των ΕΨΥ μπορεί να οδηγήσουν σε αίσθημα απόρριψης και σε επιβεβαίωση της κακής εικόνας εαυτού ή του φόβου εγκατάλειψης, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε ενίσχυση των δύσκολων συμπεριφορών, όπως ο αυτοτραυματισμός, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιβεβαίωσης του στίγματος (Anirani et al., 2006). Η Veysey (2011), περιγράφει αναλυτικά το πώς οι συμπεριφορές διάκρισης από τους επαγγελματίες υγείας είχαν συνέπειες σε σωματικό αλλά και σε ψυχικό επίπεδο για τους οκτώ συμμετέχοντες στην ποιοτική έρευνα που διεξήγαγε. Αναφέρει επίσης ότι κάποιοι συμμετέχοντες αποφάσιζαν να σταματήσουν να απευθύνονται στις υπηρεσίες για τα συμπτώματά τους, καθώς ένιωθαν ότι ο τρόπος που τους συμπεριφέρονταν στις περιπτώσεις αυτές τους έκαναν να αισθάνονται χειρότερα, κι όχι ότι έχουν βοηθηθεί. Η Fritz (2012) αναφέρει ότι πολλές φορές οι ΕΨΥ αποφεύγουν να αναλάβουν ΑΜΔΠ, καθώς υπονοείται ότι είναι δυσβάσταχτοι στη θεραπεία.

1.2. Ερευνητικές προσεγγίσεις

1.2.1. Στάσεις

Οι προσπάθειες που έχουν γίνει για την κατανόηση του φαινομένου του στίγματος προς τους ΑΜΔΠ μέχρι στιγμής φαίνεται ότι εστιάζουν σχεδόν αποκλειστικά στη μελέτη των στάσεων των ΕΨΥ, με ιδιαίτερη έμφαση στις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως είδαμε, η διάγνωση της ΜΔΠ διακινεί αντιλήψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές στους ΕΨΥ. Η θεωρία των στάσεων προσφέρει ένα πλαίσιο περιγραφής του φαινομένου αυτού, καθώς με την έννοια της στάσης *«εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό στοιχείο, συναισθηματικό στοιχείο, και τέλος, με κάποια τάση προς την έκφραση της συμπεριφοράς»* (Γεώργας, 1990). Επιπλέον, σχετίζεται στενά με την έννοια του στίγματος, καθώς ήδη από το 1962 αναπτύχθηκε η κλίμακα «Στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια» (κλίμακα OMI. Cohen & Struening, 1962), η οποία χρησιμοποιήθηκε ευρέως για τη διερεύνηση του στίγματος, ενώ το 1981 οι Taylor και Dear ανέπτυξαν μια πιο έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα, την «Community Attitudes to Mental Illness» (Στάσεις της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο) η οποία διαμορφώθηκε για χρήση εντός της κοινότητας με το ερώτημα της αποασυλοποίησης και της ανάπτυξης πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και βρήκε επίσης ευρεία χρήση (Πάκου, 2017).

Σύμφωνα με την Veysey (2011), αναδεικνύονται από τους ερευνητές τέσσερις εξηγήσεις για το πώς και γιατί δημιουργούνται οι συγκεκριμένες στάσεις. Αρχικά παραθέτει την εξήγηση των Gallop, Lancee και Garnfinkel (1989) για τη γνωστική διάσταση των

στάσεων, ότι οι πιο έντονες και οι αρνητικές συμπεριφορές είναι πιο εύκολο να υποστούν λανθασμένη γνωστική επεξεργασία και να ενταχθούν σε στερεότυπα, σε σχέση με τις ουδέτερες ή τις θετικές συμπεριφορές. Όσον αφορά στο συγκινησιακό στοιχείο των στάσεων, αναφέρει ότι τα έντονα συναισθήματα που διακινούνται κατά την προσωπική αλληλεπίδραση με τους συγκεκριμένους ασθενείς μπορεί να καταστήσουν το προσωπικό επιρρεπές σε κατάχρηση της διάγνωσης ΜΔΠ. Στην διεθνή αρθρογραφία έχει σχολιαστεί το πώς ένας ειδικός μπορεί να μετακινηθεί από τη διάγνωση στην ηθική κριτική της ΜΔΠ, καθώς και το πώς η ετικέτα της ΜΔΠ χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει αποτυχία της θεραπείας και το «αντιμεταβιβαστικό μίσος» του θεραπευτή (Reiser & Levenson, 1984. Hinshelwood, 1999). Μια τρίτη πιθανή εξήγηση για τις αρνητικές στάσεις που ερευνήθηκε είναι η πεποίθηση των ΕΨΥ ότι οι ΑΜΔΠ έχουν περισσότερο έλεγχο στη συμπεριφορά και τα συμπτώματά τους σε σχέση με άλλους ασθενείς (Markham & Trower, 2003. Forsyth, 2007). Τέλος, οι Treloar και Lewis (2008) και ο Krawitz (2004) επισημαίνουν ότι η παραπληροφόρηση και η έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης σχετικά με τη διάγνωση και τα κίνητρα των ΑΜΔΠ φαίνεται να παίζει ένα ρόλο στην εξήγηση των στάσεων.

Ωστόσο, τα ευρήματα κάποιων ερευνών σχετικά με τις στάσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ, όπως ο ρόλος της εμπειρίας στις στάσεις, είναι αντιφατικά. Η Fritz αναφέρει ότι 4 από τους συμμετέχοντες στην έρευνά της άλλαξαν απόψεις και συναισθήματα προς μια πιο θετική κατεύθυνση για τους ΑΜΔΠ με την πάροδο των χρόνων και όσο αποκτούσαν περισσότερη εμπειρία. Παρ' όλα αυτά, δήλωσαν ότι και πάλι δε θα προτιμούσαν να εμπλέκονται στη θεραπεία τους (Fritz, 2012). Παρόμοιο είναι και το εύρημα των Black και συνεργατών (2011), οι οποίοι κατέγραψαν ότι οι επαγγελματίες που ενεπλάκησαν στη φροντίδα περισσότερων ΑΜΔΠ το τελευταίο έτος, είχαν πιο θετικές στάσεις. Αντιθέτως, οι Woollaston και Hixenbaugh (2008) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές ανέπτυξαν αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις και αντιδράσεις αφότου εργάστηκαν με ΑΜΔΠ για κάποιο χρονικό διάστημα. Το ίδιο εύρημα αναφέρουν και οι Bodner και συνεργάτες (2015), όπου βρέθηκε ότι οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών είχαν συσχέτιση με τον αριθμό των ΑΜΔΠ που αντιμετώπιστηκαν τους τελευταίους μήνες, ενώ για τις άλλες ειδικότητες η έκθεση σε μεγαλύτερο αριθμό ΑΜΔΠ συσχετίστηκε με μείωση των αρνητικών στάσεων. Επιπλέον, κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν θετικές στάσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ (Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2014), αλλά παρ' όλα αυτά η αντίληψη ότι είναι δύσκολοι στη διαχείριση ασθενείς επιμένει.

Στην Ελλάδα έχει πραγματοποιηθεί συγκριτική μελέτη για την καταμέτρηση των στάσεων, της γνώσης και της εμπειρίας των νοσηλευτών που έρχονται σε επαφή με ΑΜΔΠ σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων (Giannouli et al.,

2009). Εξήντα εννέα νοσηλευτές από ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων της Αττικής απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με την προϋπηρεσία τους, τη συχνότητα που αλληλεπιδρούν με ΑΜΔΠ, την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη διαταραχή, την άποψή τους για την ικανότητά τους και την αυτοπεποίθησή τους να διαχειριστούν τους ΑΜΔΠ, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ΜΔΠ και τέλος το ρόλο που πιστεύουν ότι έχουν οι ίδιοι στα παραπάνω, το επίπεδο δυσκολίας της διαταραχής και τους πόρους που θα χρειαζόνταν για να βελτιωθεί η φροντίδα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ενδιαφέρον καθώς αναδείχθηκε πως ενώ η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί ότι η διαχείριση ΑΜΔΠ είναι μέτρια προς δύσκολη και πιο δύσκολη σε σχέση με άλλες διαταραχές, εύρημα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία (Sansone & Sansone, 2013), φαίνεται ότι θεωρούν τον κύριο λόγο για αυτό την ανεπάρκεια των υπηρεσιών και κυρίως την έλλειψη εκπαίδευσης, κι όχι καθαυτή τη δυσκολία στη θεραπεία των ΑΜΔΠ (Giannouli et al., 2009). Ενώ το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία (Cleary et al., 2002), η ανάγκη του προσωπικού για εκπαίδευση, εποπτεία και δημιουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων έχει αναδειχθεί σε πολλές έρευνες σχετικά με την ΜΔΠ (Sansone & Sansone, 2013).

Οι συνδέσεις των αντιδράσεων των ΕΨΥ στη διάγνωση της ΜΔΠ με τη θεωρία των στάσεων είναι σαφείς. Ωστόσο, φαίνεται ότι μέχρι στιγμής υπάρχει περιορισμός στην περιγραφή των συνδέσεων αυτών, χωρίς να υπάρχει εμβάθυνση που να προσφέρει πολύπλευρη κατανόηση και ερμηνείες στα θέματα που προκύπτουν. Η Fritz (2012) στην έρευνά της για το στίγμα μέσα από τη θέαση των ειδικών, θέτει το ερώτημα αν οι μελέτες για τις στάσεις των ΕΨΥ βοηθούν να φωτιστούν πλευρές της διάγνωσης και της θεραπείας ή απλά αναπαράγουν το στίγμα. Τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα απεικονίζουν την επιμονή των αρνητικών στερεοτύπων που σχετίζονται με την ετικέτα της ΜΔΠ στο πεδίο της ΨΥ (Fritz, 2012). Ακόμη, φαίνεται πως οι παρεμβάσεις για την αλλαγή των στάσεων μέχρι στιγμής είχαν περιορισμένη επιτυχία (Dickens et al., 2016). Σύμφωνα με τα παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην αντίληψη των ΕΨΥ για την δυσκολία στη διαχείριση των ΑΜΔΠ.

1.2.2. Οι δύσκολες συμπεριφορές

Αυτό που παρατηρείται κατά την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις στάσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ, είναι η αναφορά της πλειοψηφίας των ερευνών στις δύσκολες συμπεριφορές (challenging behaviours¹) των ΑΜΔΠ. Οι Royal College of

¹Challenging: προκλητικός, αυτός που προκαλεί ή που αποτελεί πρόκληση. Στην ελληνική γλώσσα η μετάφραση «προκλητικές» ή «συμπεριφορές που προκαλούν», δεν μπορεί να αποδώσει και τις δύο πλευρές της αγγλικής και έχει αποκλειστικά αρνητικό συναισθηματικό φορτίο. Συγκεκριμένα, το ουσιαστικό «πρόκληση» περιλαμβάνει

Psychiatrists, British Psychological Society και Royal College of Speech and Language Therapists, (Morris, 2008), σε μία από κοινού προσπάθεια να δημιουργήσουν κατευθυντήριες γραμμές για την κατανόηση και την εξασφάλιση χρήσης καλών πρακτικών και υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών για τα άτομα που παρουσιάζουν δύσκολες συμπεριφορές, δίνουν τον εξής ορισμό:

«(Κάποια) συμπεριφορά μπορεί να χαρακτηριστεί ως δύσκολη, όταν είναι τέτοιας έντασης, συχνότητας ή διάρκειας που απειλεί την ποιότητα της ζωής και/ή την σωματική ασφάλεια του ατόμου ή άλλων και είναι πιθανό να οδηγήσει σε αντιδράσεις που είναι περιοριστικές, αποτρεπτικές ή που οδηγούν σε αποκλεισμό». (σελ. 55)

Αν και η ερευνητική ενασχόληση με τις δύσκολες συμπεριφορές αφορά κυρίως σε άτομα με κάποιου είδους νοητική ή μαθησιακή αναπηρία, είναι προφανές ότι ο ορισμός αυτός περιγράφει συμπεριφορές που συναντώνται συχνά στο χώρο της ΨΥ.

Η πλειοψηφία των ΕΨΥ συσχετίζουν λέξεις όπως «δύσκολος» (challenging) με τους ΑΜΔΠ (Fritz, 2012). Ερευνητές που έχουν ως αντικείμενο τις δύσκολες συμπεριφορές σε επαγγελματίες εκπαίδευσης και υγείας, αλλά και σε οικογένειες, υποστηρίζουν ότι αυτές συνδέονται με αρνητικά συναισθήματα, και ότι αυτές είναι που οδηγούν στις αρνητικές στάσεις και αντιδράσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ (Hastings & Brown, 2002. Aviram et al., 2006).

Οι Hastings και Brown (2002) διακρίνουν τρεις παράγοντες που επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις του προσωπικού: την τοπογραφία της δύσκολης συμπεριφοράς, με την επιθετικότητα και τον αυτοτραυματισμό να εγείρουν τα πιο αρνητικά συναισθήματα, τη λειτουργία που επιτελεί η κάθε συμπεριφορά, όπου ο αυτοτραυματισμός ως προσπάθεια για αποφυγή μιας εργασίας επέφερε πιο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις σε σχέση με την αναζήτηση προσοχής ή την μη αναγνώριση κάποιας λειτουργίας, και τις αιτίες στις οποίες αποδίδει το προσωπικό τη συμπεριφορά, όπου αν ο έλεγχος της συμπεριφοράς και η ευθύνη για αυτήν αποδίδεται στον ασθενή, σημειώνονται πιο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Υποστηρίζουν ότι λαμβάνοντας υπόψιν τον τρίτο παράγοντα, τη σχέση μεταξύ των αιτιακών αποδόσεων και των συναισθηματικών αντιδράσεων του προσωπικού, μπορεί να υπάρξει στοχευμένη παρέμβαση για τη βελτίωση της διαχείρισης των δύσκολων συμπεριφορών. Όσον αφορά στην ΜΔΠ, έχει προβληματίσει το κατά πόσο οι ΕΨΥ θεωρούν ότι οι δύσκολες συμπεριφορές είναι υπό τον έλεγχο του ασθενή, κατά πόσο είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του

στους ορισμούς του οτιδήποτε θέτει σε δοκιμασία λόγω της δυσκολίας του, τις ικανότητες, την αντοχή, τη δύναμη, διεγείροντας συχνά το ενδιαφέρον. Ωστόσο, το επίθετο «προκλητικός» ορίζεται αποκλειστικά ως αυτός που προκαλεί, παροξύνει, προξενεί αναστάτωση ή αγανάκτηση ή που διεγείρει το ερωτικό ενδιαφέρον (Μπαμπινιώτης, 1998). Για το λόγο αυτό και χάριν συντομίας επέλεξα τη μετάφραση «δύσκολες συμπεριφορές» έναντι του «συμπεριφορές που αποτελούν πρόκληση» που θα απέδιδε ορθότερα την αγγλική χρήση του όρου.

ή αυτές αποτελούν συμπτώματα μιας διαταραχής. Η Fritz (2012) αναφέρει ότι η ΜΔΠ ουσιαστικά χαρακτηρίζει το άτομο ως διαταραγμένο λόγω κάποιου χαρακτηρολογικού μειονεκτήματος. Οι ΕΨΥ κάνουν το λάθος να θεωρούν ότι οι ΑΜΔΠ μπορούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους, σε αντίθεση με άλλες διαταραχές που γίνονται αντιληπτές ως βιοχημικά προκαθορισμένες (Aviram et al., 2006). Στο πλαίσιο αυτό, οι Markham και Trower (2003) και ο Forsyth (2007), διεξήγαγαν τις έρευνές τους πλαισιώνοντάς τις με η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων του Weiner, οι οποίες αναλύονται παρακάτω.

Ωστόσο, οι Hastings και Brown (2002), προτείνουν τη διερεύνηση και άλλων παραγόντων που είναι πιθανό να επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ειδικών προς τις δύσκολες συμπεριφορές. Συγκεκριμένα αναφέρονται στο ρόλο που μπορεί να έχει η εμπειρία, η γνώση και η εκπαίδευση στην αποτελεσματική διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών. Επισημαίνουν όμως ότι η αντικειμενική μέτρηση της ικανότητας μπορεί να μην έχει την ίδια επίδραση όσο η υποκειμενική αίσθηση που έχει κάποιος ότι είναι αποτελεσματικός. Προτείνουν λοιπόν τη διερεύνηση του ρόλου της αυτοαποτελεσματικότητας ως πιθανό παράγοντα που επηρεάζει τις αντιδράσεις του προσωπικού προς τις δύσκολες συμπεριφορές. Όσον αφορά στην έρευνα για την ΜΔΠ, προκύπτει συχνά το θέμα της έλλειψης ικανότητας (competency) και αυτοπεποίθησης (confidence) που νιώθουν οι ΕΨΥ. Έχει φανεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα του προσωπικού οφείλονται στην αίσθηση ότι είναι ανίκανοι να βοηθήσουν τους ΑΜΔΠ και ότι η κατάλληλη εκπαίδευση βελτιώνει τη στάση των ειδικών, ενώ επισημαίνεται η ομοφωνία των ερευνών σε Ισραήλ, Αυστραλία, Καναδά, Η.Π.Α., Ιρλανδία, Ταϊβάν και Ελλάδα ότι οι ειδικοί θέλουν να βελτιώσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους σχετικά με τη διαχείριση της ΜΔΠ, γεγονός το οποίο ενδέχεται να αντανάκλα την πεποίθηση ότι δεν είναι αρκετά αποτελεσματικοί στο ρόλο τους ως προς αυτούς τους ασθενείς (Woollaston & Hixenbaugh, 2008. Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011). Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας θα μπορούσε να προσφέρει ένα διαφορετικό πλαίσιο ερμηνείας των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων των ΕΨΥ στη συγκεκριμένη διάγνωση.

Τέλος, τα δεδομένα των ερευνών για τις συναισθηματικές αντιδράσεις στις δύσκολες συμπεριφορές δείχνουν ότι αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν όχι μόνο τη συμπεριφορά των ειδικών, αλλά και την ψυχική τους ευεξία, ότι οι νοσηλευτές μπορεί να νιώθουν επαγγελματική εξουθένωση λόγω των συγκρούσεων που προκαλούνται από αυτούς τους ασθενείς και ότι οι «δύσκολοι» ασθενείς αποτελούν πρόκληση για την ταυτότητα του θεραπευτή ως κάποιον που παρέχει βοήθεια (Hinshelwood, 1999. Hastings & Brown, 2002. Bodner et al., 2011). Η μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης, η συναισθηματική εξάντληση και η

αποπροσωποποίηση αποτελούν τις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, οι Dickens, Lamont και Grey (2016) αναφέρουν ότι στις αντιδράσεις των ειδικών στους ΑΜΔΠ υπάρχει μια πόλωση: ως προς την αρνητική κατεύθυνση, παρουσιάζεται αποφυγή και άρνηση να εμπλακούν θεραπευτικά (Nehls, 2000. McGrath & Dowling, 2012), ενώ ως προς τη θετική, παρατηρείται η καλλιέργεια συμπάθειας ως συστατικό για θετική αλλαγή (Bowen, 2013). Η Stamm (2002) αναφέρει ότι η παροχή φροντίδας έχει ως πιθανό κόστος την επαγγελματική εξουθένωση και άλλες επιπτώσεις, τις οποίες περιγράφει με τον όρο «κόπωση από τη συμπόνοια», αλλά ότι έχει και θετικές αποζημιώσεις, τις οποίες περιγράφει με τον όρο «ικανοποίηση από τη συμπόνοια» και εντάσσει τους δύο αυτούς όρους στη θεωρία της για την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Η πόλωση των αντιδράσεων που παρατηρείται προς τους ΑΜΔΠ, ενδέχεται να συνδέεται με τις δύο πλευρές της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής.

Στα επόμενα κεφάλαια περιγράφονται αναλυτικά οι θεωρίες των αιτιακών αποδόσεων, της αυτοαποτελεσματικότητας και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής και επιχειρείται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη σχέση της κάθε μίας με τις δύσκολες συμπεριφορές των ασθενών και με τις αντιδράσεις των ΕΨΥ σε αυτές.

2. Αιτιακές αποδόσεις

2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων ανήκει στις γνωστικές θεωρίες κινήτρων και συγκεκριμένα στις θεωρίες αιτιολογικού προσδιορισμού. Η Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999) αναφέρει:

«Το δίλημμα που αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή ζωή είναι αν θα πρέπει να αντιδράσουμε στο γεγονός καθαυτό ή σε αυτό που προκάλεσε το γεγονός, (...), όπως η πρόθεση αυτού που προκάλεσε το συμβάν ή οι εξωτερικές συνθήκες που παρενεβλήθησαν ανάμεσα στην πρόθεση και την υλοποίησή της...». (σελ. 165)

Σύμφωνα με αυτό, επισημαίνει ως κύριο χαρακτηριστικό των θεωριών αιτιολογικού προσδιορισμού την έμφαση στο ρόλο της γνώσης, των ιδεών ή των ερμηνειών που κάνουμε για τις αιτίες μιας πράξης, ως παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά. Η απόδοση αιτιότητας (causal attribution) ως όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Heider (1958), ο οποίος την ορίζει ως την «διαδικασία της προσπάθειας καθορισμού των αιτιών της ανθρώπινης συμπεριφοράς». Οι Eiser, Sutton και Woder (1978) υποστηρίζουν ότι όταν κάνουμε μια απόδοση για ένα άλλο πρόσωπο, προσπαθούμε ουσιαστικά να ερμηνεύσουμε ή να εξηγήσουμε τη συμπεριφορά του, και με αυτό τον τρόπο να γίνει πιο προβλέψιμος και καταληπτός για το κοινωνικό περιβάλλον μας. Ο Kelley (1973. 1967) συνέβαλε στην εξέλιξη των θεωριών αυτών με την εισήγηση δύο μοντέλων που περιλάμβαναν προσωπικές και περιβαλλοντικές αιτίες, την προοπτική του χρόνου και του τρόπου και το άτομο σε σχέση με τους άλλους και σε σχέση με τις δικές του συμπεριφορές υπό διάφορες συνθήκες. Για αρκετές δεκαετίες, οι θεωρίες αιτιολογικού προσδιορισμού συγκέντρωσαν το ερευνητικό ενδιαφέρον, ιδιαίτερος σε συνδυασμό με τη θεωρία κινήτρου επίτευξης, γι' αυτό και μελετήθηκαν εκτεταμένα σε καταστάσεις επίτευξης, όπως η εκπαίδευση και ο αθλητισμός. Στο πλαίσιο αυτό, το 1985, ο Weiner ανέπτυξε τη θεωρία των αιτιακών αποδόσεων.

Οι αιτιακές αποδόσεις αποτελούν μια διεργασία αναζήτησης των αιτιών μιας συμπεριφοράς ή ενός γεγονότος. Έπονται της συμπεριφοράς ή του γεγονότος αυτού, επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων και διαμορφώνουν τις αντιδράσεις των ανθρώπων. Το άτομο κρίνει ένα γεγονός ή αποτέλεσμα και με βάση τη γνώση και τις πεποιθήσεις που έχει, προσπαθεί να το ερμηνεύσει, κάνοντας κάποιες υποθέσεις για τις πιθανές αιτίες που αυτό συνέβη. Σύμφωνα με τον Weiner (1985), η σκέψη –ως γνωστική διεργασία της απόδοσης αιτιών– οδηγεί σε συναισθηματική αντίδραση η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε πράξη. Αυτό

συμβαίνει, συνηθέστερα, όταν πρόκειται για κάτι δυσάρεστο, αναπάντεχο ή πολύ σημαντικό, που αφορά στο ίδιο το άτομο ή σε άλλους (Weiner, 1985. 2000).

Ο Weiner διακρίνει τέσσερις γενικές αποδόσεις στις οποίες υπόκεινται όλες οι αιτίες: ικανότητα, προσπάθεια, τύχη, δυσκολία του έργου. Ωστόσο, παρ' όλο που υποστηρίζει ότι υπάρχει, σε κάθε περίπτωση, μια φαινομενολογικά κύρια αιτία, συμπληρώνει ότι η ζωή δεν είναι τόσο απλή, οπότε μπορεί να υπάρχει τελικά ένα πιο σύνθετο σύστημα αιτιών στο οποίο αποδίδεται ένα αποτέλεσμα (Rudolph, Roesch, Greitemeyer & Weiner, 2004). Μια πολλή σημαντική συμβολή του Weiner, είναι ακριβώς ότι αναγάγει όλες τις αιτιακές αποδόσεις σε τρεις διαστάσεις: την εστία ελέγχου (locus of control), τη σταθερότητα (stability) και τη δυνατότητα ελέγχου (controllability, αλλιώς έλεγχος ή ελεγκσιμότητα). Η πρώτη διάσταση, η εστία, αναφέρεται στον τόπο που εδράζεται μια αιτία, εσωτερικά ή εξωτερικά του ατόμου. Έτσι, η ικανότητα, η προσπάθεια, η προσοχή, η υγεία, η προσωπικότητα, η διάθεση, η επιθυμία είναι αιτίες με εσωτερική εστία ενώ η δυσκολία του έργου, η τύχη, η ύπαρξη βοήθειας από τρίτους, η ανταμοιβή με εξωτερική εστία. Η δεύτερη διάσταση, η σταθερότητα, αναφέρεται στη σταθερή φύση μιας αιτίας, στην ιδιότητά της να μένει αμετάβλητη στο χρόνο. Η ικανότητα ή η ομορφιά θεωρούνται σταθερές αιτίες ενώ η διάθεση, η τύχη ή η προσπάθεια, παροδικές. Η τρίτη διάσταση, η δυνατότητα ελέγχου, αφορά στο αν και κατά πόσο η αιτία μπορεί να ελεγχθεί από το άτομο, να μπορεί δηλαδή να τη μεταβάλει κατά βούληση. Η προσπάθεια είναι αιτία που θεωρείται ότι υπόκειται στον έλεγχο του ατόμου, ενώ η ικανότητα ή η τύχη είναι αιτίες που δεν μπορεί να επηρεάσει.

Η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων του Weiner, μπορεί να θεωρηθεί από δύο διαφορετικές σκοπιές, που είναι αυτή του παρατηρητή, η διαπροσωπική (interpersonal) και αυτή του δράοντα, η ενδοπροσωπική (intrapersonal) (Weiner, 2000. Schunk, Pintrich & Meece, 2008). Η πρώτη, η διαπροσωπική, ασχολείται με τις αιτίες στις οποίες ένα άτομο αποδίδει τις επιτυχίες και τις αποτυχίες των άλλων (Weiner, 2000), ενώ η δεύτερη, η ενδοπροσωπική, ασχολείται με τις αιτίες στις οποίες ένα άτομο αποδίδει τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες του εαυτού του. Η παρούσα έρευνα αφορά στη διαπροσωπική σκοπιά των αιτιακών αποδόσεων, καθώς οι συμμετέχοντες θα κληθούν να αποδώσουν τις αιτίες της συμπεριφοράς των ασθενών, κι όχι του εαυτού τους. Δηλαδή οι ΕΨΥ καλούνται να λειτουργήσουν όχι ως δράντες, αλλά ως παρατηρητές και να ερμηνεύσουν τις αιτίες της συμπεριφοράς των ΑΜΔΠ.

2.1.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις αιτιακές αποδόσεις

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επιδρούν στις αιτιακές αποδόσεις που θα υιοθετήσει ένα άτομο για να ερμηνεύσει το αποτέλεσμα ενός έργου. Κάποιοι από αυτούς προσδιορίζονται εξωτερικά, και περιλαμβάνουν το είδος και τη δυσκολία του έργου, την επίδοση των άλλων με παρόμοια χαρακτηριστικά με το άτομο, τις προσδοκίες των άλλων και τις αντιδράσεις τους (ενθάρρυνση, ενίσχυση/τιμωρία), τη χρονική στιγμή που εκτελείται το έργο και την παρέλευση του χρόνου, καθώς έχει βρεθεί ότι οι αιτιακές αποδόσεις που υιοθετεί κάποιος για παρόμοια αποτελέσματα σε παρόμοια έργα είναι δυνατόν να διαφέρουν από ένα χρονικό σημείο σε κάποιο άλλο (Gobel & Mori, 2007).

Οι αιτιακές αποδόσεις επηρεάζονται επίσης και από προσωπικούς, εσωτερικά καθοριζόμενους παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αντίληψη του αποτελέσματος ως επιτυχία ή αποτυχία, τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας, τη συναισθηματική διάθεση κατά την τέλεση του έργου, τα αποτελέσματα προηγούμενων επιδόσεων, τη σκοπιά από την οποία αξιολογούμε το αποτέλεσμα καθώς και κάποιες προκαταλήψεις, που φαίνεται να έχουν ως στόχο την προσπάθεια διατήρησης της αίσθησης μιας θετικής αυτοεικόνας και αυτοαξίας. Πιο συγκεκριμένα, κατά την απόδοση αιτιών έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν δύο ειδών προκαταλήψεις που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε λανθασμένες αποδόσεις.

Η πρώτη είναι γνωστή ως Θεμελιώδες Σφάλμα Απόδοσης (Fundamental attribution error) και περιγράφει την τάση των ανθρώπων να υπερεκτιμούν τους εσωτερικούς παράγοντες και την προδιάθεση σε σχέση με τους καταστασιακούς παράγοντες, όταν κάνουν αποδόσεις για τη συμπεριφορά κάποιου άλλου ατόμου που παρατηρούν (Ross, 1977). Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω της έλλειψης γνώσεων για τους καταστασιακούς παράγοντες, του γεγονότος ότι αυτοί είναι αόρατοι ενώ η συμπεριφορά ορατή, υπερεκτίμηση του ελέγχου πάνω σε μια κατάσταση, την ανάγκη να υπάρχει μια αίσθηση προβλεπτικού ελέγχου (να μπορούμε να προβλέψουμε επόμενη συμπεριφορά), μη ρεαλιστικών προσδοκιών για την αναμενόμενη συμπεριφορά κάποιου σε μια δεδομένη συνθήκη και μη επαρκών διορθώσεων στα συμπεράσματα για την προδιάθεση. Είναι λιγότερο πιθανό να συμβεί όταν το άτομο αφιερώνει χρόνο πριν κάνει κάποια κρίση, είναι πιο καχύποπτο ή είναι πιο κινητοποιημένο να κάνει προσεκτικές κρίσεις (Nickell, 2009).

Η δεύτερη προκατάληψη αφορά στη σκοπιά δρώντα – παρατηρητή (Actor - observer bias), όπου έχει παρατηρηθεί ότι οι δρώντες τείνουν να αποδίδουν τη δική τους συμπεριφορά σε εξωτερικούς ή καταστασιακούς παράγοντες, ενώ οι παρατηρητές σε παράγοντες προδιάθεσης και προσωπικότητας του δρώντα (Weiner, 1992). Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό

περιλαμβάνουν την διαθεσιμότητα πληροφοριών στη μία περίπτωση έναντι της άλλης, την αντιληπτικότητα σε σχέση με τις πληροφορίες που έχουμε -καθώς τείνουμε να αντιλαμβανόμαστε τις πληροφορίες διαφορετικά όταν συμβαίνουν σε εμάς απ' ό,τι όταν συμβαίνουν σε άλλους- και την εξυπηρέτηση της διατήρησης της αυτοεικόνας και της αυτοπεποίθησης, αφού τις επιτυχίες μας τις αποδίδουμε σε εσωτερικούς παράγοντες προδιάθεσης, ενώ τις αποτυχίες μας σε εξωτερικούς καταστασιακούς παράγοντες, για τους οποίους δεν έχουμε την ευθύνη (Nickell, 2009).

2.1.2. Παράγοντες που επηρεάζονται από τις αιτιακές αποδόσεις

Η απόδοση αιτιότητας για μια συμπεριφορά ή για το αποτέλεσμα αυτής αφορά στην κρίση του γιατί ένα γεγονός συνέβη και την συνεπαγόμενη κατανομή της ευθύνης, η οποία επιδρά στις στάσεις και τις αντιδράσεις ως προς τη συμπεριφορά αυτή. Ο Weiner (1986) υποστήριξε ότι οι τρεις διαστάσεις που προαναφέρθηκαν (τόπος, σταθερότητα, ελεγχξιμότητα), και στις οποίες ανάγονται όλες οι αιτίες, είναι αυτές που καθορίζουν και τα συναισθήματα αλλά και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις.

Σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις, η διάσταση του τόπου θεωρείται ότι σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, την υπερηφάνεια, την αυτοαξία και τη δημιουργία θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων (Weiner, 2000. 2006). Κάποιος που αποδίδει την επιτυχία σε εσωτερικές αιτίες, θα νιώσει υπερηφάνεια και ικανοποίηση, ενώ αν την αποδώσει σε εξωτερικές αιτίες, δεν επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή του, αλλά μπορεί να προκληθούν συναισθηματικές αντιδράσεις όπως θυμός (Weiner, 2002. 2006). Αντίστοιχα, κάποιος που αποδίδει την αποτυχία σε εσωτερικές αιτίες, είναι πιθανό να νιώσει αρνητικά συναισθήματα, όπως ντροπή ή ενοχή, και αυτό να έχει αντίκτυπο και στην αυτοεκτίμησή του, ενώ αν την αποδώσει σε εξωτερικές αιτίες, δεν θα υπάρξει αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση (Weiner, 1990. 2006).

Η διάσταση της σταθερότητας έχει συσχετιστεί με τις προσδοκίες επιτυχίας και με μελλοντικά αποτελέσματα επίδοσης (Weiner, 1985). Κάποιος ο οποίος αποδίδει την επιτυχία του σε σταθερές αιτίες, όπως η ικανότητα, περιμένει ότι στο μέλλον θα έχει ξανά επιτυχίες, ενώ αντίθετα, αν αποδίδει την αποτυχία σε σταθερές αιτίες, όπως η έλλειψη ικανότητας, θα περιμένει ότι θα αποτύχει ξανά στο μέλλον. Η διάσταση της ελεγχξιμότητας σχετίζεται με συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός, η λύπη, η ευγνωμοσύνη, η ενοχή ή η ντροπή (Weiner, 1986. Lei, 2009). Όταν κάποιος πετυχαίνει και θεωρεί ότι αυτό οφείλεται σε αιτίες που μπορεί να ελέγξει, όπως η προσπάθεια, μπορεί να νιώσει ευγνωμοσύνη, ενώ αντίθετα αν πιστεύει ότι ενώ

ελέγχει τις αιτίες, έρθει αντιμέτωπος με μια αποτυχία, τότε μπορεί να νιώσει θυμό, λύπη, ενοχή ή ντροπή.

Επιπλέον, οι αποδόσεις επηρεάζουν άμεσα τη συμπεριφορά του ατόμου και την επίδοσή του σε ένα έργο. Εάν ένα άτομο αποδίδει μια αποτυχία σε σταθερές και μη ελέγξιμες από το ίδιο αιτίες, είναι πιθανό να πιστεύει ότι δεν μπορεί να επηρεάσει και να αλλάξει την έκβαση σε ένα παρόμοιο μελλοντικό έργο. Επομένως, μπορεί να αποφύγει να εμπλακεί ή να μειώσει την προσπάθειά του. Αντιθέτως, αν η επιτυχία αποδίδεται σε σταθερές και ελέγξιμες αιτίες, το άτομο θα προσδοκά μελλοντική επιτυχία, επομένως είναι πιθανό να προσπαθήσει περισσότερο και να επιμείνει σε παρόμοια έργα (Weiner, 1984).

Στην παρούσα εργασία το ενδιαφέρον έγκειται στις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις που ενδέχεται να προκαλούνται από τις αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ προς τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ. Πρόκειται για συμπεριφορές που προβληματίζουν και που οι ειδικοί αναζητούν να τους αποδώσουν ένα νόημα, ώστε να λάβουν μια απόφαση για τον θεραπευτικό τους χειρισμό. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η θεωρία για τη συμπεριφορά παροχής βοήθειας (Schmidt & Weiner, 1988). Υποστηρίζουν ότι εάν ένα αρνητικό αποτέλεσμα θεωρείται ότι προκλήθηκε από τον άμεσο και επιτηδευμένο έλεγχο κάποιου άλλου, αυτό είναι πιθανό να οδηγήσει τον παρατηρητή σε συναισθήματα θυμού ή ενόχλησης. Εάν όμως κρίνει ότι το άτομο δεν λειτουργούσε επίτηδες και δεν είχε τον έλεγχο στο τελικό αποτέλεσμα, θα νιώσει συμπάθεια και κατανόηση. Οι αντιδράσεις που θα έχει καθορίζονται από τα αντίστοιχα συναισθήματα που έχουν προκληθεί: αρνητικές, όπως απόρριψη και άρνηση παροχής βοήθειας στην πρώτη περίπτωση, θετικές όπως υποστήριξη και παροχή βοήθειας στη δεύτερη.

2.2. Ερευνητική επισκόπηση

Έχει παρατηρηθεί ότι οι αρνητικές αντιλήψεις, τα στερεότυπα και το στίγμα αυξάνονται στην περίπτωση της ΜΔΠ σε σχέση με άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως διαταραχές του συναισθήματος ή σχιζοφρένεια (Sansone & Sansone, 2013). Οι Markham και Trower (2003) έκαναν μια πρώτη απόπειρα να μελετήσουν το φαινόμενο αυτό βασιζόμενοι στο θεωρητικό υπόβαθρο των αιτιακών αποδόσεων, όπως έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη και άλλων φαινομένων στιγματισμού και στερεοτύπων. Στην περίπτωση των επαγγελματιών παροχής φροντίδας, η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων βρίσκει ιδιαίτερη εφαρμογή μέσω της θεωρίας για την παροχή βοήθειας. Οι Schmidt και Weiner (1988) υποστηρίζουν ότι οι αιτιακές αποδόσεις επηρεάζουν τη συγκινησιακή αντίδραση του ατόμου και ως εκ τούτου τη διάθεσή του να βοηθήσει. Συγκεκριμένα, εάν ένα άτομο κρίνει ότι οι αιτίες για μια αρνητική

συμπεριφορά ή γεγονός είναι υπό τον έλεγχο του ατόμου που την παρουσιάζει και είναι σταθερές, τότε αναμένεται ότι θα νιώσει θυμό και δε θα θελήσει να βοηθήσει το άτομο αυτό. Αντίθετα, αν θεωρήσει ότι οι αιτίες δεν είναι υπό τον έλεγχο του ατόμου και δεν είναι σταθερές, θα νιώσει συμπόνοια και θα θελήσει να βοηθήσει. Η θεωρία αυτή του Weiner έχει μελετηθεί σε διάφορα πλαίσια με επαγγελματίες που παρέχουν βοήθεια, ιδιαίτερα σε χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με νοητικές αναπηρίες ή με μαθησιακές δυσκολίες, που επιδεικνύουν δύσκολες συμπεριφορές. Στις έρευνες αυτές δεν είναι πάντα σαφείς οι ειδικότητες που συμμετείχαν στο δείγμα, καθώς αναφέρονται νοσηλευτές, φροντιστές, βοηθητικό προσωπικό αλλά και «άλλες ειδικότητες» οι οποίες δεν προσδιορίζονται. Έχει βρεθεί ότι οι αιτιακές αποδόσεις που κάνουν οι επαγγελματίες αυτοί σχετικά με τις δύσκολες συμπεριφορές των άλλων μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις (McGuinness & Dagnan, 2001. Weigel, Langdon, Collins & O'Brien, 2006. Williams et al., 2015), στη διάθεσή τους να βοηθήσουν (Stanley & Standen, 2000. Tynan & Allen, 2002. Armstrong & Dagnan, 2011) και γενικότερα στις αντιδράσεις, τη συμπεριφορά και τις παρεμβάσεις που θα επέλεγαν (Dagnan et al., 1998. Hill, & Dagnan, 2002. Dagnan & Cairns, 2005). Υπάρχουν όμως και έρευνες των οποίων τα ευρήματα δεν υποστηρίζουν αυτό το μοντέλο (Bailey, Hare, Hatton & Limb, 2006. Jones & Hastings, 2003. Rose & Rose, 2005). Τέλος, οι Weigel και συνεργάτες (2006), σε έρευνά τους σε 15 εργαζόμενους σε κέντρο ημέρας και φιλοξενίας ατόμων με αναπηρία, βρήκαν ότι το προσωπικό έκανε το θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης, όταν καλούταν να εργαστεί με έναν πελάτη με δύσκολες συμπεριφορές, και συμπέραναν ότι αυτό επηρεάζει το συναίσθημα που εκφράζουν και την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης.

Όσον αφορά στην ΜΔΠ, οι Markham και Trower (2003) υπέθεσαν ότι τα αρνητικά συναισθήματα των ΕΨΥ, και συγκεκριμένα ο θυμός και η έλλειψη συμπόνοιας, θα σχετίζονται με αποδόσεις με εσωτερικό τόπο και με υψηλό έλεγχο της συμπεριφοράς. Επιπλέον, υπέθεσαν ότι η έλλειψη αισιοδοξίας για αλλαγή και η αίσθηση αβοηθητότητας που βιώνουν οι ΕΨΥ σχετικά με τους ΑΜΔΠ θα σχετίζονται με τις διαστάσεις των αποδόσεων σταθερότητα και καθολικότητα. Τέλος, υπέθεσαν ότι οι ΕΨΥ θα αξιολογούσαν την εμπειρία τους με τους ΑΜΔΠ ως πιο αρνητική σε σχέση με τους ασθενείς με τη διάγνωση της κατάθλιψης ή της σχιζοφρένειας. Σε δείγμα 48 ψυχιατρικών νοσηλευτών παρουσιάστηκαν τρεις διαφορετικές περιπτώσεις ασθενών με τις διαγνώσεις που προαναφέρθηκαν και ρωτήθηκαν για τις αντιλήψεις τους σχετικά με αυτούς τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα συνάδουν με τη βιβλιογραφία υπέρ της θεωρίας παροχής βοήθειας του Weiner και με τη βιβλιογραφία για τις πιο αρνητικές αντιλήψεις, τα στερεότυπα και το στίγμα προς τους ΑΜΔΠ.

Τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζονται και από την έρευνα που διεξήγαγε ο Forsyth (2007) για την επίδραση της διάγνωσης (κατάθλιψη έναντι ΜΔΠ) και των αιτιακών αποδόσεων για συμπεριφορές μη συμμόρφωσης στις διαδικασίες σχηματισμού θεραπευτικής συμμαχίας. Σε δείγμα 26 νοσηλευτών και βοηθητικού προσωπικού, βρέθηκε ότι υπήρχαν υψηλότερα επίπεδα θυμού όταν οι αιτίες γίνονταν αντιληπτές ως ελεγχόμενες, η διάθεση για βοήθεια ήταν περισσότερο αυξημένη στους ασθενείς με τη διάγνωση της κατάθλιψης σε σχέση με την ΜΔΠ και μειωμένη όταν οι αιτίες θεωρούνταν ότι οφείλονται σε σταθερούς παράγοντες. Η έρευνα αυτή, παρά τους περιορισμούς της, προσφέρει μια επιπλέον πληροφορία, ως προς το ότι η δύσκολη συμπεριφορά στην οποία εστιάζει είναι η έλλειψη συμμόρφωσης σε κάποια θεραπευτική εργασία, κι όχι η επιθετικότητα ή η αυτοτραυματική συμπεριφορά στις οποίες εστιάζει η πλειοψηφία των ερευνών, λόγω των εκ των πραγμάτων έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων που προκαλούν. Το γεγονός αυτό μας επιτρέπει την υπόθεση ότι οι αιτιακές αποδόσεις των ειδικών παρουσιάζουν σημαντική επίδραση στη διάθεση για παροχή βοήθειας, ανεξαρτήτως από την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων που προκαλεί η δύσκολη συμπεριφορά. Αν και δεν εμπίπτει στους σκοπούς της παρούσας εργασίας, θα παρουσίαζε ενδιαφέρον να διερευνηθεί η θεωρία παροχής βοήθειας του Weiner και σε σχέση με άλλες διαγνωστικές κατηγορίες εκτός της ΜΔΠ, καθώς η μη συμμόρφωση στη θεραπεία είναι μια συμπεριφορά που προκύπτει σε πολλές από αυτές. Τέλος, στα συμπεράσματα της μελέτης του, ο Forsyth αναφέρει «...ότι υπάρχει σημαντικός ρόλος προς διερεύνηση των αιτιακών αποδόσεων των ΕΨΥ προς τους χρήστες υπηρεσιών ΨΥ με ΜΔΠ» (2007, σελ. 33). Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει κάποια αντίστοιχη έρευνα για τις αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ.

3. Αυτό-αποτελεσματικότητα

3.1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας εισήχθη από τον Bandura ως μέρος της κοινωνικογνωστικής θεωρίας του και ορίζεται από τον ίδιο ως οι πεποιθήσεις ενός ατόμου για τις ικανότητες που έχει να οργανώσει και να εκτελέσει τις δράσεις που χρειάζεται για να διεκπεραιώσει ένα συγκεκριμένο έργο ή δραστηριότητα (Bandura, 1986. 1997). Αφορά δηλαδή στο κατά πόσο ένα άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό να καταφέρει κάτι. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας δεν αναφέρεται στις πραγματικές ικανότητες του ατόμου να καταφέρει κάτι, αλλά στην κρίση του ίδιου του ατόμου ως προς τις ικανότητές του και στην πίστη του ότι μπορεί ή όχι να πετύχει κάτι. Οι προσδοκίες για την αυτοαποτελεσματικότητα επίσης διαφέρουν από τις προσδοκίες αποτελέσματος, καθώς οι τελευταίες εξαρτώνται και από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και συμπεριφορές και έχουν να κάνουν με τις εκτιμήσεις του ατόμου για τις πιθανές συνέπειες που θα επιφέρει μία ενέργεια (Bandura, 1982).

3.1.1. Δόμηση πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας

Οι παράγοντες επιρροής που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας είναι τέσσερις: οι παλαιότερες εμπειρίες επίτευξης κάποιου έργου, η μάθηση δι' αντιπροσώπου, η κοινωνική πειθώ και η φυσιολογική και συγκινησιακή κατάσταση ενδεικτικές των δυνάμεων και των αδυναμιών κάποιου. Σύμφωνα με τον Bandura (1997), ο πιο αποτελεσματικός τρόπος διαμόρφωσης μιας ισχυρής αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας είναι μέσω των εμπειριών επίτευξης. Μια αληθινή προσωπική εμπειρία υψηλής απόδοσης ή επιτεύγματος ενισχύει το αίσθημα επιτυχίας και την αυτοπεποίθηση (Gould & Weiss, 1981), ενώ αντιθέτως η αποτυχία υποσκάπτει την αυτοαποτελεσματικότητα. Οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες επιτυχίας επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου, το οποίο έπειτα πιστεύει ότι μπορεί να ανταπεξέλθει σε μια κατάσταση και επιμένει παρά τις δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν, κάτι που οδηγεί σε καλύτερη μελλοντική απόδοση και επανάληψη της εμπειρίας επιτυχίας. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται ακόμη περισσότερο η αυτοαποτελεσματικότητα (Feltz, & Mugno, 1983. Bandura, 1997). Η μάθηση δι' αντιπροσώπου, δηλαδή οι εμπειρίες που προέρχονται από την παρακολούθηση της απόδοσης κάποιου που αποτελεί κοινωνικό πρότυπο, αποτελεί τον δεύτερο παράγοντα διαμόρφωσης της αυτοαποτελεσματικότητας. Βλέποντας κάποιον να καταβάλει προσπάθεια και να πετυχαίνει, αίρονται οι φόβοι και η συστολή που μπορεί να υπήρχαν σχετικά με τις δεξιότητες που χρειάζονται για την επιτυχία στη συγκεκριμένη

κατάσταση. Στην περίπτωση αυτή, η αντιλαμβανόμενη ομοιότητα με το άτομο που παρατηρείται είναι σημαντική. Όσο πιο όμοιος θεωρεί κάποιος ότι είναι με το «μοντέλο – πρότυπο» που παρατηρεί να πετυχαίνει ή να αποτυγχάνει σε παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και οι προηγούμενες εμπειρίες, τόσο πιο πιθανό είναι να πιστέψει ότι κι ο ίδιος θα πετύχει ή θα αποτύχει αντίστοιχα (Gould & Weiss, 1981).

Ο τρίτος παράγοντας επιρροής στη δημιουργία της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας είναι η κοινωνική πειθώ. Όταν κάποιος πείθεται λεκτικά ότι κατέχει τις ικανότητες που χρειάζεται για να πετύχει κάποιο στόχο, είναι πιο πιθανό να κινητοποιηθεί ώστε να προσπαθήσει περισσότερο και να επιμείνει ακόμη κι όταν αντιμετωπίσει αποτυχίες. Αντιθέτως, όταν κάποιος έχει πειστεί λεκτικά ότι υπολείπεται ικανοτήτων, τείνει να αποφεύγει δραστηριότητες που αποτελούν πρόκληση για εξέλιξη και εγκαταλείπει εύκολα την προσπάθεια όταν προκύψουν δυσκολίες, εγκαθιδρύοντας έτσι ένα μοτίβο αποτυχίας που οδηγεί σε μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα (Bandura, 1977). Τέλος, η φυσιολογική και συγκινησιακή κατάσταση συμβάλλουν στις κρίσεις που κάνει κάποιος για τις ικανότητές του. Οι σωματικές αντιδράσεις όπως η κούραση, ο πόνος, η μυϊκή ένταση αλλά και οι συναισθηματικές αντιδράσεις όπως η καλή ή κακή διάθεση και η ταραχή, υπόκεινται σε γνωστική αξιολόγηση. Εάν κάποιος ερμηνεύει τις φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού όταν βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης ή άγχους, ως φόβο ή σημάδια ευαλωτότητας, τότε είναι πιθανό να μην νιώθει αποτελεσματικός στη συγκεκριμένη κατάσταση. Εάν τις ερμηνεύει ως ενέργεια και πηγή εγρήγορσης, τότε η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αυξάνεται. Η διαδικασία αυτή λειτουργεί και αντίστροφα: όταν κάποιος έχει υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, θα ερμηνεύσει τις φυσιολογικές και συγκινησιακές του αντιδράσεις ως πηγές εγρήγορσης (Bandura, 1977. 1982)

3.1.2. Επίδραση στην ανθρώπινη λειτουργία

Η αυτοαποτελεσματικότητα θεωρείται κινητήριοις παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία του ανθρώπου. Ο Bandura (1994) υποστηρίζει ότι μεταξύ της γνώσης του ατόμου και της συμπεριφοράς που θα επιδείξει, μεσολαβούν οι κρίσεις του για την αυτοαποτελεσματικότητα. Αναφέρει ότι αυτό συμβαίνει μέσα από τέσσερις διαφορετικές ψυχολογικές διεργασίες: γνωστικές, κινητοποίησης, συγκινησιακές και επιλογής.

A) Γνωστικές διεργασίες

Η στοχοθεσία και η οργάνωση της πορείας της δράσης, αρχικά οργανώνεται στη σκέψη. Οι πεποιθήσεις των ανθρώπων για την αποτελεσματικότητά τους διαμορφώνουν τα είδη των σεναρίων που δημιουργούν. Όσοι έχουν υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας, φαντάζονται

σενάρια επιτυχίας που παρέχουν θετικά στοιχεία και υποστηρίζουν την απόδοση. Όσοι αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητά τους, φαντάζονται σενάρια αποτυχίας και στέκονται σε όλα όσα μπορούν να πάνε λάθος.

B) Διεργασίες κινητοποίησης

Οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας παίζουν κεντρικό ρόλο στην αυτορρύθμιση της κινητοποίησης. Το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης κινητοποίησης παράγεται γνωστικά. Οι άνθρωποι κινητοποιούνται και καθοδηγούν τις πράξεις τους όπως τις προβλέπουν μέσα της εξάσκησης προγενέστερης σκέψης. Σχηματίζουν πεποιθήσεις σχετικά με το τι μπορούν να κάνουν. Προβλέπουν πιθανά αποτελέσματα πιθανών πράξεων. Ορίζουν στόχους για τον εαυτό τους και σχεδιάζουν πορεία δράσης για να πραγματοποιήσουν το μέλλον που έχουν εκτιμήσει. Με τον τρόπο αυτό, η αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με τις θεωρίες κινήτρων. Υπάρχουν τρία διαφορετικά είδη γνωστικών κινήτρων, με βάση τα οποία έχουν σχηματιστεί διαφορετικές θεωρίες: η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων, η θεωρία προσδοκίας-αξίας και η θεωρία των στόχων. Η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει την κάθε θεωρία με διαφορετικό τρόπο.

Όσον αφορά στη θεωρία των αιτιακών αποδόσεων, οι άνθρωποι που έχουν υψηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας φαίνεται ότι αποδίδουν τις αποτυχίες τους σε ανεπαρκή προσπάθεια ενώ αυτοί που έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας αποδίδουν τις αποτυχίες τους σε χαμηλή ικανότητα. Οι αιτιακές αποδόσεις επηρεάζουν την κινητοποίηση, την απόδοση και τις συναισθηματικές αντιδράσεις κυρίως μέσω των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά στη θεωρία προσδοκίας – αξίας, η κινητοποίηση ρυθμίζεται από την προσδοκία ότι μια συγκεκριμένη πορεία δράσης θα επιφέρει συγκεκριμένα αποτελέσματα και από την αξία αυτών των αποτελεσμάτων. Όμως, οι άνθρωποι δεν λειτουργούν μόνο με βάση τα πιθανά αποτελέσματα της απόδοσής τους, αλλά και με βάση τις πεποιθήσεις του για το ποια μπορεί να είναι η απόδοσή τους. Υπάρχουν πολλές ελκυστικές επιλογές που οι άνθρωποι δεν ακολουθούν επειδή κρίνουν ότι δεν έχουν τις απαραίτητες ικανότητες που χρειάζεται. Η επίδραση των προσδοκιών αποτελέσματος επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά στη θεωρία των στόχων, οι άνθρωποι δίνουν κατεύθυνση στη συμπεριφορά τους και δημιουργούν εφελκέρια για να επιμείνουν στις προσπάθειές τους μέχρι να κατακτήσουν τους στόχους τους. Αναζητούν ικανοποίηση με το να εκπληρώσουν στόχους που πιστεύουν ότι αξίζουν και εντείνουν τις προσπάθειές τους όταν δεν είναι ικανοποιημένοι με την απόδοσή τους. Επηρεάζουν τον εαυτό τους με τρεις τρόπους: με αντιδράσεις ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης από τον εαυτό, με πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας για την επίτευξη του στόχου και με επαναπροσδιορισμό των στόχων με βάση την πρόοδό τους.

Οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζουν τα κίνητρα με διάφορους τρόπους. Καθορίζουν τους στόχους που θέτουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους, πόση προσπάθεια θα καταβάλουν, πόσο καιρό θα επιμείνουν όταν αντιμετωπίσουν δυσκολίες και την ανθεκτικότητά τους στις αποτυχίες. Οι άνθρωποι που έχουν αμφιβολίες για τον εαυτό τους και τις ικανότητές τους, όταν αντιμετωπίσουν εμπόδια ή αποτυχίες, τείνουν να μειώσουν τις προσπάθειες ή να τα παρατήσουν πιο εύκολα. Αντιθέτως, όσοι έχουν ισχυρή πίστη στις δυνατότητές τους, καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια όταν αποτυγχάνουν να κατακτήσουν μια πρόκληση. Αυτό δημιουργεί έναν κύκλο, όπου η ισχυρή επιμονή συμβάλει σε περισσότερα επιτεύγματα απόδοσης, άρα ενισχύεται ακόμη περισσότερο η αυτοαποτελεσματικότητα. Αντιθέτως, όσο κάποιος αποφεύγει την προσπάθεια, μειώνει τις πιθανότητές του να πετύχει σε κάτι άρα και να ενδυναμωθεί η πίστη του ότι μπορεί να το καταφέρει.

Γ) Συγκινησιακές διεργασίες

Η πίστη των ανθρώπων στις ικανότητές τους να ανταπεξέλθουν επηρεάζει το βαθμό άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν σε απειλητικές ή δύσκολες καταστάσεις, όπως και το επίπεδο κινητοποίησής τους. Η αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα για άσκηση ελέγχου πάνω σε ψυχοπαιστικούς παράγοντες παίζει κεντρικό ρόλο στο άγχος και τη διέγερση. Οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να έχουν τον έλεγχο σε απειλές δεν δημιουργούν ενοχλητικά μοτίβα σκέψεων. Αντίθετα, εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν τις απειλές, βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους. Στέκονται στις ανεπάρκειές τους να ανταπεξέλθουν και θεωρούν πολλούς τομείς τους περιβάλλοντός τους ότι βρίθουν από κινδύνους. Μεγεθύνουν τη σοβαρότητα των πιθανών απειλών και ανησυχούν για πράγματα που σπάνια συμβαίνουν. Μέσα από τέτοια μη αποτελεσματική σκέψη πιέζουν τον εαυτό τους και βλάπτουν το επίπεδο της λειτουργικότητάς τους. Η αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα ρυθμίζει τις συμπεριφορές αποφυγής και το άγχος. Όσο πιο ισχυρή είναι η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας τόσο πιο τολμηροί είναι οι άνθρωποι να αντιμετωπίσουν απειλητικές δραστηριότητες.

Δ) Διεργασίες επιλογής

Το άτομο θα επιλέξει συγκεκριμένες δραστηριότητες που θα συμμετάσχει ή θα αποφύγει, το επίπεδο της έντασης της προσπάθειας που θα καταβάλλει για να πετύχει έναν στόχο καθώς και τη δέσμευση και την επιμονή για την επίτευξη του στόχου αυτού, ανάλογα με το αν κρίνει ότι διαθέτει τις κατάλληλες ικανότητες. Είναι αναμενόμενο οι άνθρωποι να προσπαθούν για πράγματα που πιστεύουν ότι μπορούν να καταφέρουν και να αποφεύγουν αυτά στα οποία πιστεύουν ότι θα αποτύχουν (Bandura, 1994).

3.2. Ερευνητική επισκόπηση

3.2.1. Αντιδράσεις των ΕΨΥ στους ΑΜΔΠ και αυτοαποτελεσματικότητα

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας είναι στενά συνυφασμένη με τις έννοιες της ανεπάρκειας, της αυτοπεποίθησης και της ικανότητας. Στις έρευνες έχει φανεί ότι οι ΑΜΔΠ προκαλούν συναισθήματα ανεπάρκειας και κάνουν τους ειδικούς να νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένοι με το θεραπευτικό τους ρόλο. Επιπλέον, όταν οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν βελτίωση, το προσωπικό μπορεί να χάσει την πίστη στις δικές του ικανότητες και να νιώθει απελπισία. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η αίσθηση ότι κάποιος είναι «ανίκανος να βοηθήσει» είναι ένας από τους βασικούς λόγους που το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει αρνητικά τους ΑΜΔΠ (Main, 1957. Woollaston & Hixenbaugh, 2008. Sansone & Sansone, 2013).

Όσον αφορά στις συγκινησιακές διεργασίες και τις διεργασίες επιλογής, ο Bandura (1994) υποστηρίζει ότι η πίστη των ανθρώπων στις ικανότητές τους να ανταπεξέλθουν επηρεάζει το βαθμό άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν σε απειλητικές ή δύσκολες καταστάσεις, όπως και το επίπεδο κινητοποίησής τους. Συγκεκριμένα, εάν κάποιος πιστεύει ότι δε μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά απειλητικές και ψυχοπιεστικές καταστάσεις, βιώνει υψηλά επίπεδα διέγερσης και άγχους και επιλέγει να αποφύγει τις καταστάσεις αυτές. Κάποιες από τις αναφερόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως η αμηχανία, η ανησυχία και το άγχος, και συμπεριφορές των ΕΨΥ, όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση, η αποφυγή και η αμυντικότητα (Sansone & Sansone, 2013), ίσως να μπορούν να ερμηνευθούν ως χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά στη γνωστική διεργασία της αυτοαποτελεσματικότητας, ο Bandura (1986) θεωρεί ότι ο αναστοχασμός για την αυτοαποτελεσματικότητα είναι μια εξαιρετικά σημαντική ανθρώπινη ικανότητα, η οποία συμβαίνει μέσω της γνωστικής διεργασίας της μεταγνωστικής αξιολόγησης. Οι Manktelow, MacAteer και Fitzsimons (2015) σε έρευνά τους για την αυτοαποτελεσματικότητα ρόλου των ΕΨΥ, αναφέρουν ότι χαμηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να οδηγήσουν σε αναστοχασμό σχετικά με τους προσωπικούς περιορισμούς, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης σύγκρουσης και αμφιθυμίας ρόλου. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι μια πλευρά της ικανότητας να κάνει κάποιος κάτι ή να ανταπεξέλθει σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, η οποία μπορεί να χρειάζεται κάποια βάση γνώσεων ή συγκεκριμένες δεξιότητες. Είναι επίσης ένας παράγοντας που σχετίζεται και επιδρά στην απόδοση του ρόλου. Μπορεί να συνδεθεί με θέματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης επειδή εκφράζει τις προσωπικές απόψεις του εργαζόμενου για τις δεξιότητες και τις ικανότητές του να πληροί τους απαιτούμενους όρους

του ρόλου του (Manktelow et al., 2015). Οι Giannouli και συνεργάτες (2009), αναφέρουν αντιφατικά ευρήματα σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για το ρόλο τους, καθώς η πλειοψηφία πιστεύει ότι έχει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση, αλλά όχι τόσο στην αξιολόγηση, την εκπαίδευση, την πληροφόρηση και την παραπομπή των ΑΜΔΠ. Επιπλέον, ενώ πιστεύουν ότι έχουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των ΑΜΔΠ, ταυτόχρονα εκφράζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση στο κατά πόσο μπορούν να τους διαχειριστούν στην πράξη και θεωρούν ότι η ανεπάρκειά τους δυσκολεύει τη θεραπεία των ΑΜΔΠ. Η επιθυμία των Ελλήνων νοσηλευτών για δημιουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τα αιτήματά τους και η διαθεσιμότητά τους για περαιτέρω εκπαίδευση και εποπτεία, ενδεχομένως εκφράζουν δυσκολίες σχετικά με το πόσο αποτελεσματικοί πιστεύουν ότι είναι στο ρόλο τους σχετικά με τους ΑΜΔΠ.

3.2.2. Δύσκολες συμπεριφορές και αυτοαποτελεσματικότητα

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών, επιβεβαιώνει τη σχέση της χαμηλής αυτοαποτελεσματικότητας με την αυξημένη ευαλωτότητα σε αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και υιοθέτηση μη κατάλληλων χειρισμών από δασκάλους, γονείς αλλά και ΕΨΥ που εργάζονται με διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Η έρευνα των Sanders και Woolley (2005) σε μητέρες παιδιών με και χωρίς διασπαστικές συμπεριφορές, επιβεβαίωσε ότι η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει τις αντιδράσεις και των δύο ομάδων στις διασπαστικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Συγκεκριμένα, αναφέρεται χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας στη διαχείριση τέτοιων συμπεριφορών, με ιδιαίτερη έμφαση σε συμπεριφορές μη συμμόρφωσης, η οποία οδηγεί σε κακές πρακτικές, όπως υπερβολική χαλαρότητα και ασυνεπή επιβολή πειθαρχίας ή αντιθέτως σε υπερβολική επιβολή σκληρών μέσων πειθαρχίας. Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει βρεθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στα επίπεδα άγχους όχι μόνο των γονέων, αλλά και των επαγγελματιών φροντιστών που αντιμετωπίζουν δύσκολες συμπεριφορές παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Το άγχος αυτό είναι πιθανό να επηρεάζει και τα άτομα που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους, καθώς μπορεί να ανταποκριθούν με ακατάλληλο τρόπο, που δεν είναι προς όφελος της θεραπείας του ασθενούς (Cudré-Mauroux, 2011).

Οι Hastings και Brown (2002) βρήκαν ότι η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα καθιστά το προσωπικό εκπαιδευτικών πλαισίων για άτομα με αναπηρία πιο ευάλωτο στο να βιώσει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις (σε δύο διαστάσεις: 1. κατάθλιψη/θυμό και 2. φόβο/άγχος) ως προς τις δύσκολες συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα άτομα που φροντίζουν. Αντιθέτως, η υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας συνδέθηκε με λιγότερο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Τα ευρήματα αυτά ήταν ανεξάρτητα από τις γνώσεις για τη

συμπεριφορά ή τα τυπικά εκπαιδευτικά προσόντα του προσωπικού. Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι οι πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να σχετίζονται με την αντίληψη των ειδικών για τις δικές τους δυνατότητες και αδυναμίες, με την αντίληψή τους για τα εμπόδια ή τους διευκολυντικούς παράγοντες στο εργασιακό τους περιβάλλον ή και με τα δύο, και επισημαίνουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα ώστε να επιβεβαιωθεί αν η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα στο πλαίσιο εργασίας με ανθρώπους που παρουσιάζουν δύσκολες συμπεριφορές (Hastings & Brown, 2002).

Στην Ελλάδα η αυτοαποτελεσματικότητα σε σχέση με τις δύσκολες συμπεριφορές έχει μετρηθεί κυρίως όσον αφορά σε εκπαιδευτικό προσωπικό. Αυτό που αναδεικνύεται είναι ότι η πιθανότητα παρέμβασης και η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης των εκπαιδευτικών είναι πιο αυξημένη σε όσους θεωρούν ότι μπορούν να χειριστούν αποτελεσματικά τα προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με εκείνους που πιστεύουν ότι έχουν δυσκολία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς (Ράπτη, 2007). Παρ' όλο που γνωρίζουμε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της απόδοσης στο χώρο εργασίας (Bandura, 1997) καθώς και στην παροχή της βέλτιστης φροντίδας των ασθενών (Dunn, Elsom & Cross, 2007), και ενώ καθίσταται σαφές από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις και ο χειρισμός των δύσκολων συμπεριφορών σχετίζεται με την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, φαίνεται ότι η μεταβλητή αυτή δεν έχει διερευνηθεί σε σχέση με τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ.

4. Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

4.1. Θεωρητικό Υπόβαθρο

Η Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής εμφανίστηκε ως έννοια κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960, οπότε αναγνωρίστηκε η επίδρασή της στην αποδοτικότητα των εργαζομένων και προσέελκυσε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Οι πρώτες προσπάθειες ορισμού της ΠΕΖ περιλαμβάνουν τις έννοιες της επαγγελματικής ικανοποίησης αλλά και του επαγγελματικού στρες, ενώ αρχίζουν να διερευνώνται παράγοντες που επιδρούν στην ΠΕΖ, όπως τα χαρακτηριστικά του εργοδότη, του εργαζόμενου, του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και της κοινωνίας, τόσο σε επίπεδο κοινωνικών προσδοκιών και κύρους, όσο και σε επίπεδο ανατροφοδότησης που παίρνει το άτομο σχετικά με την κοινωνική του προσφορά και το όφελος της κοινωνίας από την εργασία του. Στην πορεία, αναγνωρίζεται η υποκειμενική διάσταση της έννοιας, που σχετίζεται με τους στόχους που θέτει το άτομο και το νόημα που βρίσκει στην εργασία (Martel & Dupuis, 2006).

4.1.1. Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής για αυτούς που παρέχουν βοήθεια

Τα τελευταία 30 χρόνια το ενδιαφέρον έχει στραφεί και στην ΠΕΖ ατόμων που εργάζονται σε επαγγέλματα αρωγής, δηλαδή εργαζομένων που μπορεί να είναι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, της εκπαίδευσης, σωμάτων ασφαλείας και άλλων όσων εμπλέκονται στην παροχή βοήθειας. Εξαιτίας της φύσης αυτών των επαγγελμάτων οι εργαζόμενοι πολύ συχνά εκτίθενται σε τραυματικές και αγχογόνες καταστάσεις, καθώς καλούνται να βοηθήσουν άτομα που βρίσκονται σε κρίση. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι σε τέτοιου είδους θέσεις, συχνά βιώνουν αρνητικά συναισθήματα εξουθένωσης, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες (Stamm, 2010). Σύμφωνα με την Stamm (2010), η ΠΕΖ σε εργαζομένους που προσφέρουν φροντίδα έχει δυο πτυχές. Η μια είναι η θετική και έχει να κάνει με την ικανοποίηση που λαμβάνει κανείς μέσα από την προσφορά, την οποία ονομάζει ικανοποίηση από την συμπόνια (Compassion Satisfaction - CS). Πρόκειται για την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αποκομίζει κάποιος από το να είναι ικανός να κάνει καλά και σωστά μια εργασία που βασίζεται στην παροχή βοήθειας. Μπορεί να έχει θετικά συναισθήματα και σκέψεις για τους συναδέλφους του, ή για την δυνατότητα του να συνεισφέρει στο εργασιακό περιβάλλον ή ακόμα και στο ευρύτερο καλό της κοινωνίας. Το άτομο αυτό νιώθει ευχαρίστηση να βοηθά τους άλλους μέσω των υπηρεσιών που προσφέρει και με τον τρόπο αυτό η ίδια η εργασία αποτελεί επανατροφοδότηση για το ίδιο. Κάποια από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με υψηλή ικανοποίηση από τη συμπόνια είναι η αίσθηση ότι μπορούν να ακολουθούν τις

εξελίξεις και τα πρωτόκολλα, οι ευχάριστες σκέψεις, η αίσθηση επιτυχίας και ευτυχίας για τη δουλειά που κάνουν, η διάθεση να συνεχίσουν να την κάνουν και η πίστη ότι μπορούν να κάνουν τη διαφορά μέσα από αυτή. Η υψηλή ικανοποίηση συμπίπτει σχετίζεται με την ικανότητα κάποιου να είναι αποτελεσματικός στην δουλειά του από την θέση στην οποία βρίσκεται. Η χαμηλή ικανοποίηση συμπίπτει μπορεί να δείχνει ότι το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα με την εργασία του, είτε μπορεί να υπάρχουν και κάποιοι άλλοι λόγοι, όπως το ότι μπορεί να αποκομίζει το άτομο την ικανοποίηση του από άλλες δραστηριότητες εκτός του χώρου εργασίας (Stamm, 2010).

Η δεύτερη πτυχή της ΠΕΖ έχει αρνητική χροιά και αφορά την κόπωση που προκαλείται από την συμπόνια (compassion fatigue). Η αρνητική αυτή πτυχή περιλαμβάνει δύο στοιχεία, όπως τα περιγράφει η Stamm (2010): την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Λόγω της σύγχυσης στους ορισμούς και της αλληλεπικάλυψης των εννοιών αυτών, κρίνεται απαραίτητο να αναλυθούν διεξοδικά παρακάτω.

4.1.2. Επαγγελματική Εξουθένωση

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), είναι δανεισμένος από την καθομιλουμένη των Η.Π.Α., όπου περιέγραφε τις επιπτώσεις της χρόνιας χρήσης ουσιών. Τον χρησιμοποίησε ο Freudenberger το 1974 σε άρθρο του όπου κατέγραψε τις διαδικασίες εντός της εργασίας που οδηγούν σε αισθήματα συναισθηματικής αποστράγγισης και έλλειψης ενδιαφέροντος και δέσμευσης στην εργασία. Αναφέρεται σε ένα ψυχολογικό σύνδρομο που προκύπτει ως αντίδραση σε χρόνιους διαπροσωπικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες στην εργασία (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Οι πρώτες προσπάθειες προσέγγισης του συνδρόμου έγιναν από και σε επαγγελματίες που σχετίζονται με παροχή υπηρεσιών φροντίδας, όπως γιατρούς και νοσηλευτές, επαγγέλματα που στο επίκεντρό τους βρίσκεται η αλληλεπίδραση και η σχέση μεταξύ του παρόχου και του πελάτη, γι' αυτό και αρχικά θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο (Θεοφίλου, 2009), ενώ αργότερα επεκτάθηκε και στους εκπαιδευτικούς. Ωστόσο, πλέον γνωρίζουμε ότι μπορεί να εμφανιστεί και σε επαγγέλματα που δεν σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης, όπως σε εργαζόμενους στη βιομηχανία, σε διευθυντικά στελέχη, σε κληρικούς, σε στρατιωτικούς, σε εργαζόμενους στον τομέα της πληροφορικής και της τεχνολογίας (Maslach et al., 2001). Παρά την εκτεταμένη έρευνα σχετικά με το φαινόμενο, ένας απόλυτα αποδεκτός ορισμός δεν υπάρχει ακόμα. Ο πιο διαδεδομένος ορισμός είναι αυτός της (Maslach, 1982):

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». (σελ. 3)

Ένας πιο πρόσφατος ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης έχει χρησιμοποιηθεί από την Lachman (2016) σε άρθρο της για το πώς η Κόπωση Συμπόνιας μπορεί να αποτελεί απειλή στην ηθική και δεοντολογία της κλινικής πράξης των νοσηλευτών:

«Η παρατεταμένη αντίδραση σε χρόνιους συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες στην εργασία, που οδηγούν σε ένα συνδυασμό σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης μιας αρνητικής στάσης προς την εργασία, αρνητικής αυτοαντίληψης και απώλεια συναισθημάτων και ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους». (Jenkins & Warren, 2012, σελ. 391)

Υπάρχουν τέσσερα βασικά θεωρητικά μοντέλα που πραγματεύονται την περιγραφή του συνδρόμου: 1) των Maslach & Jackson (1981), 2) των Edelwich & Brodsky (1980), 3) του Cherniss (1980) και 4) της Pines (1993). Το πιο ευρέως αποδεκτό είναι το μοντέλο των τριών διαστάσεων (Maslach & Jackson, 1981), που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση είναι η συναισθηματική εξάντληση, η οποία συνδέεται με τον ατομικό παράγοντα του στρες και περιλαμβάνει αισθήματα σωματικής και ψυχικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας, διάθεσης και ψυχικών αποθεμάτων ώστε να ανταποκριθεί κάποιος στην εργασία του. Η δεύτερη διάσταση είναι η αποπροσωποποίηση (αλλιώς κυνισμός), αντιπροσωπεύει το στοιχείο της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και αναφέρεται σε αρνητική, σκληρή ή υπερβολικά αποσυνδεδεμένη αντίδραση προς διάφορα σημεία της εργασίας και την αποστασιοποίηση και αποξένωση από τους ασθενείς/πελάτες και τις ανάγκες τους. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται μια πολύ άμεση αντίδραση στην εξάντληση και ταυτόχρονα ένας μηχανισμός άμυνας προς τις αυξημένες συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας. Η τρίτη διάσταση είναι η αίσθηση μειωμένης προσωπικής επίτευξης, αναφέρεται σε συναισθήματα αναξιοσύνης και ανεπάρκειας για προσφορά και συνεπάγεται την μειωμένη αποδοτικότητα και την έλλειψη επιτευγμάτων στην εργασία (Maslach et al., 2001). Οι Edelwich και Brodsky (1980) ανέπτυξαν ένα μοντέλο τεσσάρων σταδίων, όπου ενώ αρχικά ο εργαζόμενος βιώνει ενθουσιασμό για το επάγγελμά του, ακολουθεί μια περίοδος στασιμότητας και αδράνειας, όπου διαψεύδονται οι αρχικές προσδοκίες που μπορεί να είχε, το οποίο οδηγεί

στο στάδιο της ματαίωσης, όπου ο επαγγελματίας βιώνει δυσφορικά συναισθήματα και τέλος καταλήγει στο στάδιο της απάθειας. Ο Cherniss (1980) δίνει έμφαση στους οργανωσιακούς παράγοντες και περιγράφει τουλάχιστον το πρώτο από τα τρία στάδια του μοντέλου του, το «εργασιακό στρες», ως αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ των απαιτούμενων και των διαθέσιμων πόρων σε ένα εργασιακό πλαίσιο. Ο εργαζόμενος ανταποκρίνεται περνώντας στο δεύτερο στάδιο, την «εξάντληση», κατά την οποία κινητοποιούνται συγκινησιακές αντιδράσεις όπως συναισθηματική εξάντληση, στρες, κόπωση, ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθεια. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο είναι η «αμυντική κατάληξη», όπου εκτός από τη συναισθηματική αποεπένδυση από την εργασία, πραγματοποιούνται και αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος πλέον αντιδρά με κυνισμό και απάθεια. Τέλος, η Pines (1993) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης του εργαζόμενου, ο οποίος δεν δύναται να ικανοποιήσει την ανάγκη του για απόδοση νοήματος στη ζωή του μέσω της εργασίας του. Προκύπτει έπειτα από μακροχρόνια έκθεση του εργαζόμενου σε συναισθηματικά απαιτητικές και εξαντλητικές συνθήκες εργασίας. Η βασική διαφορά των μοντέλων αυτών έγκειται στην περιγραφή της διαδικασίας ανάπτυξης του συνδρόμου και στα στάδια που αυτή ακολουθεί, ενώ όλα τα μοντέλα συμφωνούν σε κάποια βασικά σημεία, όπως το ότι οφείλεται σε στρες σχετιζόμενο με εργασιακούς παράγοντες, το ότι υποδηλώνει απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για το χώρο και τη φύση της εργασίας και έχει σημαντικές επιπτώσεις που διαταράσσουν τις σχέσεις με τους ασθενείς και το εργασιακό περιβάλλον (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Σύμφωνα με μια συστηματική ανάλυση ερευνών για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους Ευρωπαίους επαγγελματίες υγείας, οι παράγοντες επικινδυνότητας για την επαγγελματική εξουθένωση χωρίζονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες (Bria, Baban & Dumitrascu, 2012). Η πρώτη έχει να κάνει με τους δημογραφικούς παράγοντες, από τους οποίους η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης έχει ερευνηθεί αν επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου, ωστόσο τα αποτελέσματα μεταξύ ερευνών δεν είναι συνεπή. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι και οι παράγοντες προσωπικότητας, όπου έχει φανεί ότι η αντοχή, τα επίπεδα νευρωτισμού, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και το κέντρο ελέγχου έχουν κάποια, μικρή ωστόσο επίδραση στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στους εργασιακούς παράγοντες, των οποίων η επίδραση είναι πιο σαφής και περιλαμβάνει το φόρτο εργασίας, τις συναισθηματικές απαιτήσεις, την παρέμβαση της εργασίας στην οικογενειακή

ζωή και το στρες που προκύπτει λόγω σύγκρουσης ρόλου ή ασάφειας ρόλου. Όσον αφορά συγκεκριμένα στις υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις της θέσης εργασίας, όπως το να πρέπει να διαχειριστεί κάποιος επιθετικούς ασθενείς, ζητήματα πρόνοιας ή ασθενείς που αντιμετωπίζουν το θάνατο, απαντώνται συχνά στα επαγγέλματα υγείας και όλες οι σχετικές έρευνες επιβεβαιώνουν την επίδρασή τους στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται στους οργανωσιακούς παράγοντες, οι οποίοι επίσης φαίνεται να έχουν προεξέχον ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου και είναι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος στην εργασία, η αξιακή ασυνέπεια, η οργανωσιακή δικαιοσύνη, η κοινωνική υποστήριξη στην εργασία, η ανισορροπία προσπάθειας – ανταμοιβής, τα αντιλαμβανόμενα παράπονα για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης από τους συναδέλφους και τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του οργανισμού εργασίας (Bria et al., 2012).

4.1.3. Δευτερογενές Τραυματικό Στρες

Ο όρος Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Secondary Traumatic Stress – STS) πρωτοεμφανίστηκε τη δεκαετία του 1990, οπότε αρκετοί ειδικοί για το τραύμα προσπάθησαν να κατανοήσουν γιατί οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας εμφάνιζαν παρόμοια συμπτώματα με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, χωρίς να έχουν εκτεθεί ή να έχουν υποστεί οι ίδιοι κάποιο τραύμα (Figley, 1995. Stamm, 1995). Ο Figley (1995, 2002) όρισε το δευτερογενές τραυματικό στρες ως: «τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιος το τραυματικό και συναισθηματικό υπόβαθρο των πελατών». Αφορά σε μια κατάσταση παρόμοια με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή η τραυματική εμπειρία δεν βιώνεται άμεσα, αλλά έμμεσα, δια μέσου της επαφής με το άτομο που την έχει βιώσει πρωτογενώς. Πρόκειται δηλαδή για έμμεσο τραύμα εργαζομένων που έρχονται σε επαφή με ανθρώπους που επιβίωσαν από κάποιο τραυματικό γεγονός. Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να εκφράζεται με συμπτώματα αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος που έζησε το άτομο που εξυπηρετούν, εισβολή τραυματικών εικόνων, δυσκολίες στον ύπνο, φοβικές αντιδράσεις, έντονη διέγερση, μούδιασμα στη σκέψη του γεγονότος και αποφυγή των αναμνήσεων και των ερεθισμάτων που θυμίζουν το γεγονός (Figley, 1995. Jenkins & Baird, 2002).

Οι λόγοι για τους οποίους προκύπτει το δευτερογενές τραυματικό στρες ποικίλουν. Ο πιο βασικός θεωρείται η απασχόληση σε τομείς που η ενσυναίσθηση και η έκφραση συμπόνιας είναι απαραίτητα συστατικά της εργασίας. Ο αιτιολογικός παράγοντας είναι η έκθεση στο τραύμα και το μαρτύριο κάποιου άλλου προσώπου (πελάτης – ασθενής, συγγενής ή φίλος),

καθώς και στις αφηγηματικές, λεπτομερείς περιγραφές των γεγονότων και των συναισθημάτων (Figley, 1995). Η φροντίδα μεγάλου αριθμού ασθενών, τα απαιτητικά σχεσιακά δυναμικά, η φροντίδα ασθενών που είναι κοντά στο θάνατο, καταλήγουν, βιώνουν πόνο ή έχουν βιώσει κακοποίηση, η σοβαρότητα του τραυματικού υλικού είναι μερικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες (Stamm, 2002). Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά, έχει φανεί ότι το ατομικό ιστορικό τραυματικών εμπειριών, οι μηχανισμοί άμυνας που έχει αναπτύξει το άτομο, τα επίπεδα ενσυναίσθησης που δείχνει, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν την ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η εργασία με παιδιά και με γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί ή υποστεί άλλου είδους τραύμα θεωρείται επίσης παράγοντας επικινδυνότητας. Ο φόρτος εργασίας, η αυξημένη επαφή με ασθενείς, το μη υποστηρικτικό κλίμα μεταξύ συναδέλφων και εργοδότη – εργαζομένων και η οποιασδήποτε μορφής βία στην εργασία αποτελούν τους εργασιακούς παράγοντες επικινδυνότητας (Μαγγούλια, 2011).

Η Stamm (2010) αναφέρει ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι μια κατάσταση αρκετά πιο σπάνια από την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά εξίσου ισχυρή στην επίδραση που έχει στον ψυχισμό του επαγγελματία. Αν και αρκετές δημοσιεύσεις μέχρι και σήμερα χρησιμοποιούν τους όρους της κόπωσης συμπίονιας και του δευτερογενούς τραυματικού στρες ως ταυτόσημους, η Stamm (2010) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι τα δύο στοιχεία της Κόπωσης Συμπίονιας. Και τα δύο αυτά στοιχεία περιλαμβάνουν το βιώμα αρνητικών συναισθημάτων, με τη διαφορά ότι στην επαγγελματική εξουθένωση τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι η εξάντληση και η αίσθηση φθοράς και ανικανότητας ενώ στο δευτερογενές τραυματικό στρες το κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο φόβος. Επιπλέον, και τα δύο έχουν συσσωρευτικό αποτέλεσμα, όμως στο δευτερογενές τραυματικό στρες θεωρείται ότι υπάρχει οξεία έναρξη ενώ στην επαγγελματική εξουθένωση η έναρξη είναι σταδιακή. Φαίνεται ακόμη ότι η αποστασιοποίηση λειτουργεί ως προστατευτικός μηχανισμός και στις δύο περιπτώσεις: στην επαγγελματική εξουθένωση ως προσπάθεια ελέγχου της εξάντλησης, ενώ στο δευτερογενές τραυματικό στρες ως προσπάθεια αποφυγής υπενθύμισης ή επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος

4.1.4. Κόπωση Συμπίονιας

Ο όρος Κόπωση Συμπίονιας αναφέρθηκε πρώτη φορά από την Joinson (1992) στο περιοδικό Nursing για να περιγράψει την εξάντληση των νοσηλευτών από την καθημερινή παροχή φροντίδας στους ασθενείς σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, όταν παρατήρησε ότι κάποιοι νοσηλευτές έχαναν την ικανότητα να παρέχουν φροντίδα. Ο ορισμός της έννοιας

προβληματίζει μέχρι και σήμερα. Το γεγονός ότι έχει χρησιμοποιηθεί στη βιβλιογραφία εναλλακτικά με τους όρους burnout, δευτερογενές τραυματικό στρες, τραύμα ταύτισης και διαταραχή μετατραυματικού στρες φανερώνει τη σύγχυση που υπάρχει ως προς την εννοιολογική πλαισίωση του φαινομένου. Στην παρούσα εργασία υιοθετείται η άποψη ότι πρόκειται για διαφορετικά φαινόμενα, που μπορεί να συνδέονται αλλά δεν ταυτίζονται (Stamm, 2010. Coetzee & Kloppe, 2010). Όπως αναφέρει ο Pembroke (2016) αυτό που είναι προεξέχουσας σημασίας δεν είναι οι ετικέτες, αλλά οι επιπτώσεις που αυτή η κατάσταση εξάντλησης μπορεί να επιφέρει και στους επαγγελματίες αλλά και στους ασθενείς. Ο ίδιος προτείνει τον εξής λειτουργικό ορισμό:

«Κόπωση Συμπόνιας είναι η κατάσταση σοβαρής στέρησης ή εξάντλησης των αποθεμάτων συμπόνιας του νοσηλευτή (ειδικού), που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη μέσα στο χρόνο ενεργοποίηση αντιδράσεων συμπόνιας και ενσυναίσθησης στον πόνο και τη δυσφορία των ασθενών και των αγαπημένων τους».
(σελ. 120)

Η Κόπωση Συμπόνιας έχει κάποιες βασικές διαφορές με τις άλλες έννοιες. Όσον αφορά στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, η πρώτη διαφορά είναι το ότι αυτό μπορεί να προκύψει σε οποιοδήποτε εργασιακό πλαίσιο και επάγγελμα, ενώ η Κόπωση Συμπόνιας μόνο σε επαγγέλματα παροχής φροντίδας. Επιπλέον, η Κόπωση Συμπόνιας πυροδοτείται από τη συναισθηματική δέσμευση και τις σχεσιακές αλληλεπιδράσεις των ειδικών με τα άτομα για τα οποία νοιάζονται και φροντίζουν, ενώ το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης πυροδοτείται από παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, όπως συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, φόρτος εργασίας, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, μη ικανοποιητικός μισθός. Ακόμη, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εξελίσσεται μέσα στο χρόνο ενώ η Κόπωση Συμπόνιας έχει πιο οξεία έναρξη. Και τα δύο μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση, τη μειωμένη ενσυναίσθηση ή και την απόφαση να εγκαταλείψει κάποιος το επάγγελμα, ωστόσο στην Κόπωση Συμπόνιας μπορεί να παρατηρηθεί και η αντίθετη αντίδραση, η προσπάθεια δηλαδή για περισσότερη αντοχή και παροχή στον ασθενή που βρίσκεται σε ανάγκη (Boyle, 2011). Όσον αφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες, μοιάζει με την Κόπωση Συμπόνιας ως προς το ότι και τα δύο προκύπτουν από την επαφή και την φροντίδα άλλων ανθρώπων. Η βασική τους διαφορά έγκειται στο ότι οι αιτίες για την Κόπωση Συμπόνιας είναι η μακροχρόνια, έντονη και συνεχής φροντίδα ασθενών για την οποία ο ειδικός χρησιμοποιεί τον εαυτό του και τα ψυχικά του αποθέματα και η έκθεση στο στρες, ενώ για το δευτερογενές τραυματικό στρες η αιτία είναι η μακροχρόνια έκθεση σε τραυματικά γεγονότα ή ιστορίες άλλων (Coetzee & Kloppe, 2010).

Οι εκτιμήσεις για την εμφάνιση Κόπωσης Συμπόνιας κυμαίνονται ανάμεσα στο 16 και το 85% για τους επαγγελματίες υγείας σε διάφορους τομείς (Hooper et al., 2010). Θεωρείται ότι μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε ειδικό σε οποιονδήποτε στάδιο της καριέρας του σε οποιονδήποτε εργασιακό πλαίσιο, αν και τα επίπεδα διαφέρουν (Tummers et al., 2013). Η Lachman (2016) συνοψίζει τα συμπτώματα της Κόπωσης Συμπόνιας σε τέσσερις κατηγορίες. Σε σωματικό επίπεδο, το άτομο που εμφανίζει Κόπωση Συμπόνιας μπορεί να παρουσιάσει πόνους και ενοχλήσεις, αίσθημα κούρασης, μυϊκή ένταση, αυξομειώσεις στο βάρος και αϋπνία. Σε συναισθηματικό-ψυχικό επίπεδο, μπορεί να παρουσιάσει απώλεια της ενσυναίσθησης, απάθεια, κυνισμό, αποπροσωποποίηση, αποσύνδεση, συναισθήματα θλίψης ή κατάθλιψης, άγχους, έλλειψη χαράς, ευερεθιστότητα, υπερευαισθησία, απότομες εναλλαγές διάθεσης, παρορμητική αντιδραστικότητα, αισθήματα συναισθηματικής υπερφόρτωσης, κρίσης ή εξάντλησης, απώλειας ενέργειας και αντοχής, διάθεση για αποφυγή των ασθενών που υποφέρουν, παρεισφρητικές σκέψεις και εικόνες, δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης, επικριτική διάθεση ή διάθεση για απόδοση ευθυνών και καταφυγή στο φαγητό ή στο αλκοόλ. Σε πνευματικό επίπεδο, μπορεί να παρουσιαστούν απώλεια ελπίδας, υπαρξιακή αμφισβήτηση, έλλειψη πνευματικής επίγνωσης και δέσμευσης. Τέλος, σε επίπεδο εργασιακής απόδοσης, παρουσιάζονται μειωμένη αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα, αρνητική στάση προς την εργασία, φτωχή κριτική ικανότητα, λήψη αποφάσεων χωρίς τα απαραίτητα στοιχεία ή /και χωρίς να υπάρχει συμφέρον για τον ασθενή, αύξηση των λαθών, αυξημένες απουσίες και χρήση αναρρωτικής άδειας, αποφυγή ή τρόμος στην προοπτική εργασίας με συγκεκριμένους ασθενείς, διάθεση για αλλαγή ή εγκατάλειψη του επαγγέλματος, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και μειωμένη ΠΕΖ και τέλος παράπονα και έλλειψη ικανοποίησης από τους ασθενείς.

Οι επιπτώσεις από την Κόπωση Συμπόνιας θεωρούνται απειλή για την ηθική και δεοντολογική πρακτική και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας, καθώς έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ασφάλεια, την ικανοποίηση και την θεραπεία των ασθενών, όπως επίσης και στην ψυχική και σωματική υγεία των ειδικών (Bao & Taliaferro, 2015. Lachman, 2016). Η πρόληψη αλλά και η διαχείριση της Κόπωσης Συμπόνιας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης των τελευταίων χρόνων. Ο Pembroke (2016) προτείνει δυο ατομικές στρατηγικές διαχείρισης: η πρώτη είναι η αυτοφροντίδα που περιλαμβάνει τη σωματική άσκηση, τη σωστή διατροφή και ανάπαυση, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων όπως αυτή της διεκδικητικότητας, τις δραστηριότητες εκτός εργασίας, την αξιοποίηση πηγών κοινωνικής υποστήριξης, την κατάλληλη διαχείριση χρόνου. Η δεύτερη είναι η εμπνευσμένη από το βουδισμό αρχή της

«γαλήνης», υπό την έννοια της μη προσκόλλησης σε προσδοκίες και στην προσπάθεια να κρατήσουμε μόνο τα θετικά συναισθήματα και να απωθήσουμε τα αρνητικά. Η αξιοποίηση τεχνικών χαλάρωσης και ενσυνειδητότητας είναι απαραίτητες.

Σε οργανωτικό επίπεδο, έχουν προταθεί αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης της Κόπωσης Συμπόνιας. Το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα τονίζεται ότι είναι η αναγνώριση και η αποδοχή του φαινομένου από τον οργανισμό ως κάτι που πρέπει να περιμένει ότι θα συμβεί και να έχει προβλέψει για αυτό. Τα προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού έχουν κεντρικό ρόλο, είτε στοχεύουν στην αναγνώριση των συμπτωμάτων και την αναζήτηση βοήθειας, είτε σε ανάπτυξη τεχνικών και δεξιοτήτων πρόληψης ή και αντιμετώπισης της Κόπωσης Συμπόνιας. Η συνεργασία, η κοινωνική υποστήριξη μέσα στην εργασία, ο ρόλος του προϊστάμενου, η εξασφάλιση της συμπερίληψης και της συμμετοχής όλων των εργαζομένων στις αποφάσεις του οργανισμού, η δικαιοσύνη στον καταμερισμό εργασίας και στις αμοιβές, η σαφήνεια των ρόλων, η αναγνώριση και ενίσχυση των προσωπικών και ομαδικών στρατηγικών αντιμετώπισης, η κλινική εποπτεία είναι κάποιες στρατηγικές που αποδίδουν στην πρόληψη αλλά και τη διαχείριση του φαινομένου. Τέλος, προτείνονται τα προγράμματα στήριξης των εργαζομένων, οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, η ύπαρξη συμβούλου διαθέσιμου σε καταστάσεις κρίσεων, οι συζητήσεις για τις στρατηγικές διαχείρισης των κρίσεων σε περιόδους που δεν υπάρχει κρίση προς αντιμετώπιση και σε γενικές γραμμές η δυνατότητα συζήτησης και μοιράσματος των εμπειριών και των δυσκολιών της εργασίας παροχής φροντίδας (Μαγγούλια, 2011. Lachman, 2016).

4.1.5. Αντιδράσεις των ΕΨΥ στους ΑΜΔΠ και ΠΕΖ

Η ΠΕΖ και συγκεκριμένα η Κόπωση Συμπόνιας φαίνεται ότι έχει συμπτώματα που είναι όμοια με τις αντιδράσεις των ΕΨΥ στις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ. Μία συμπεριφορά που φαίνεται να παρουσιάζουν οι ΕΨΥ είναι η μειωμένη διάθεση για παροχή βοήθειας προς τους ΑΜΔΠ. Τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία είναι κατεξοχήν επαγγέλματα παροχής βοήθειας και φροντίδας, έχουν ωστόσο ως πιθανό κόστος την Κόπωση Συμπόνιας (Figley, 1995). Όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, η διάσταση της αποπροσωποποίησης περιλαμβάνει την αποφυγή της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς και την ψυχρή στάση απέναντί τους ενώ η διάσταση της προσωπικής επίτευξης περιλαμβάνει την αίσθηση αναποτελεσματικότητας. Η αποστασιοποίηση, η αίσθηση ανικανότητας, η έλλειψη αισιοδοξίας για τη θεραπεία, η απροθυμία ή/και άρνηση να αναλάβουν ΑΜΔΠ, το γεγονός ότι τους αποκαλούν με τη διάγνωση κι όχι με το όνομά τους, είναι μερικές συμπεριφορές των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ, που αποτελούν ταυτόχρονα σημάδια της Κόπωσης Συμπόνιας.

Ακόμη, όπως είδαμε, οι ΑΜΔΠ παρουσιάζουν στο ιστορικό τους στοιχεία όπως η κακοποίηση και το τραύμα ως αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης της διαταραχής, ενώ πολλοί ειδικοί δεν την αναγνωρίζουν ως αυτόνομη διαταραχή αλλά ως έκφανση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Fritz, 2012. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009). Η χρήση του εαυτού ως θεραπευτικό εργαλείο και η ανάπτυξη μιας στενής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, αφήνει τον ΕΨΥ ευάλωτο στην χρόνια έκθεση στις τραυματικές ιστορίες των ασθενών (Davies, 2009). Έτσι, οι τραυματικές εμπειρίες που ενδέχεται να έχουν βιώσει οι ΑΜΔΠ, είναι πιθανό να επηρεάζουν και τους ειδικούς που τους φροντίζουν και αυτό να έχει επίδραση στη συνολική τους ΠΕΖ. Αντιθέτως, η διάθεση των ΕΨΥ να προσφέρουν βοήθεια σε ΑΜΔΠ πιθανώς επηρεάζεται από την ικανοποίηση από τη συμπόνια, δηλαδή την ευχαρίστηση που νιώθουν όταν βοηθούν τους ασθενείς.

Επιπλέον, στις δύσκολες συμπεριφορές που παρουσιάζουν οι ΑΜΔΠ περιλαμβάνονται η λεκτική και σωματική βία, καθώς και απειλητικές για την ασφάλεια και τη ζωή συμπεριφορές, με αποκορύφωμα τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τα περιστατικά επιθετικότητας και οι λεκτικές απειλές έχουν συνδεθεί με άγχος, συμπτώματα μετατραυματικού στρες και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Whittington, 2002). Ο αυτοτραυματισμός και η αυτοκτονικότητα είναι επίσης καταστάσεις που προκαλούν άγχος στους ειδικούς (Bosman & van Meijel, 2008. Jansson & Graneheim, 2018).

Η έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μία από τις επιπτώσεις της Κόπωσης Συμπόνιας των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές (Bao & Taliaferro, 2015). Οι ίδιοι οι ΑΜΔΠ αναφέρουν ότι νιώθουν απόρριψη, επίκριση, υποτίμηση, στιγματισμό, έλλειψη διαύγειας στη λήψη αποφάσεων θεραπείας, έλλειψη εξέτασης των παραπόνων τους, έλλειψη ολοκληρωμένης διερεύνησης και έλλειψη φροντίδας (Nehls, 1998. Horn et al., 2007. Veysey, 2011. Molin et al., 2016). Αναφέρουν ακόμη ότι ζουν με μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ΨΥ, είτε λόγω της προκατάληψης αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες, είτε λόγω του ότι αποφεύγουν τις υπηρεσίες καθώς θεωρούν ότι τελικά δεν τους προσφέρουν καμία βοήθεια (Nehls, 1998. Horn et al., 2007).

Τέλος, επειδή οι νοσηλευτές θεωρείται ότι βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή του πυρός», έχοντας την πιο άμεση και συχνή επαφή με τους ασθενείς σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες (Inoue, Tsukano, Muraoka, Kaneko & Okamura, 2006), η ΠΕΖ των ΕΨΥ φαίνεται να έχει διερευνηθεί κυρίως όσον αφορά το επάγγελμα του/της νοσηλευτή/ριας. Η πλειοψηφία των ερευνών για τις αντιδράσεις στους ΑΜΔΠ είχε ως δείγμα αποκλειστικά νοσηλευτές, ενώ σε έρευνες με μεικτά δείγματα βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ήταν αυτοί με τις πιο αρνητικές

αντιδράσεις (Sansone & Sansone, 2013). Προκύπτει λοιπόν το ερώτημα αν οι αρνητικές αυτές αντιδράσεις έχουν να κάνουν με τις αντιλήψεις των ΕΨΥ ή με πιθανή Κόπωση Συμπόνιας.

4.2. Ερευνητική επισκόπηση

Καθώς η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες σχετίζεται με την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, η ΠΕΖ έχει διερευνηθεί κυρίως σε σχέση με συγκεκριμένες ομάδες ασθενών που έχουν υποστεί τραύμα, όπως κακοποιημένες γυναίκες ή παιδιά, ή ασθενών που έχουν έρθει ή είναι αντιμέτωποι με τον θάνατο, όπως ογκολογικοί ασθενείς ή ασθενείς με AIDS. Πιο συγκεκριμένα, οι Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη (2007) σε μια ανασκόπηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές αναφέρουν ότι οι ασθενείς που είναι αντιμέτωποι με το θάνατο, λόγω της απειλής του θανάτου, του φόβου αλλά και του πόνου που μπορεί να νιώθουν θεωρούνται «δύσκολοι ασθενείς» που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας. Σε αρκετές έρευνες έχει βρεθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικές δομές παρουσιάζει από μέτρια έως έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Ακόμη, οι Jenkins και Elliott (2004) σε έρευνά τους για τους παράγοντες που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές ως ψυχοπιεστικούς σε σχέση με το επίπεδο κατάρτισής τους, αναφέρουν ότι το λιγότερο καταρτισμένο προσωπικό φαίνεται να αντιλαμβάνεται τους «δύσκολους» ή απαιτητικούς ασθενείς και όσους αποτελούν απειλή για σωματική βία ως πηγή άγχους, χωρίς ωστόσο να διευκρινίζεται ποιοι θεωρούνται δύσκολοι ασθενείς.

Δεν υπάρχει έρευνα που να έχει μελετήσει την ΠΕΖ των ΕΨΥ σε σχέση με ΑΜΔΠ αλλά ούτε και με δύσκολες συμπεριφορές ασθενών γενικά. Ωστόσο, έχουν διεξαχθεί μελέτες για τις επιπτώσεις της επιθετικότητας των ασθενών στην ΠΕΖ ψυχιατρικών νοσηλευτών. Μία από αυτές τις έρευνες είναι αυτή των Verhaeghe, Duprez, Beeckman, Leys, Van Meijel και Van Hecke (2016). Οι ερευνητές αυτοί μελέτησαν την ΠΕΖ ως ατομικό χαρακτηριστικό των ψυχιατρικών νοσηλευτών σε σχέση με τις στάσεις και την αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητά τους ως προς την επιθετικότητα των ασθενών. Στα ευρήματά τους αναφέρουν ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές καθώς και οι γυναίκες νοσηλεύτριες τείνουν να επιρρίπτουν λιγότερες ευθύνες στους ασθενείς για την επιθετική συμπεριφορά τους. Επίσης, βρήκαν ότι η ΠΕΖ είχε επίδραση στις στάσεις των νοσηλευτών προς την επιθετικότητα των ασθενών, καθώς υψηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνοια συσχετίστηκε με υψηλότερη αυτοπεποίθηση στη διαχείριση επιθετικότητας καθώς και μεγαλύτερη πίστη στη σημασία της εκπαίδευσης, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε με περισσότερο αρνητικές αποδόσεις προς την επιθετικότητα (επίρριψη ευθυνών στον ασθενή). Τέλος, υψηλότερα

επίπεδα ΠΕΖ συσχετίστηκαν με υψηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η ΠΕΖ πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω, καθώς φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις στάσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα των νοσηλευτών προς την επιθετικότητα των ασθενών.

Στην Ελλάδα τα τελευταία μόνο χρόνια έχει αρχίσει να μελετάται η ΠΕΖ των ΕΨΥ. Σε μια από αυτές τις μελέτες βρέθηκε ότι το δείγμα, που αποτελούνταν από ψυχιατρικούς νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων, βρισκόταν σε υψηλό κίνδυνο συναισθηματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες, ενώ αντίθετα είχε χαμηλό δυναμικό για ικανοποίηση από τη συμπόνια. Γενικότερα, τα ποσοστά για την Κόπωση Συμπόνιας ήταν υψηλότερα σε σχέση με άλλες έρευνες στο εξωτερικό, όπου οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές φαίνεται να βρίσκονταν σε χαμηλό ή μέτριο κίνδυνο. Η καθημερινή επαφή με βίαιους ασθενείς και οικογενειακές κρίσεις καθώς και η εργασία με ασθενείς που δεν παρουσιάζουν βελτίωση φαίνεται να επηρεάζουν το ποσοστό αυτό. Το μορφωτικό επίπεδο, τα χρόνια προϋπηρεσίας, η αυξημένη επαφή με ασθενείς και το φύλο αναφέρονται ως παράγοντες που σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά δευτερογενούς τραυματικού στρες και συναισθηματικής εξουθένωσης (Mangoulia et al., 2015).

Μια άλλη έρευνα είχε ως δείγμα όλες τις ειδικότητες από το προσωπικό ενός κέντρου αποκατάστασης νευρολογικών και κινητικών διαταραχών, και συγκεκριμένα, γιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, γυμναστές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους και τεχνικό και διοικητικό προσωπικό. Η έρευνα αυτή συνέκρινε την ΠΕΖ των εργαζόμενων που δουλεύουν σε βάρδιες με όσους δουλεύουν αποκλειστικά την ημέρα. Ενώ δεν βρέθηκε να επηρεάζεται η ΠΕΖ από την εργασία ή μη σε βάρδιες, αναδείχθηκαν παράγοντες που σχετίζονται με την ΠΕΖ. Ένας από αυτούς ήταν το φύλο, καθώς οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπόνια. Ένας άλλος ήταν η νοσηλευτική ειδικότητα, καθώς οι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες. Τέλος, η ΠΕΖ βρέθηκε να σχετίζεται με το αίσθημα «ευεξίας» και συγκεκριμένα όσο πιο υψηλή ήταν η ικανοποίηση από τη συμπόνια και όσο χαμηλότερη η επαγγελματική εξουθένωση, τόσο καλύτερη ήταν η ποιότητα ζωής όπως την βιώνουν οι ΕΨΥ (Skoufi, Lialios, Papakosta, Constantinidis & Galanis, 2017).

5. Ερευνητικά Ερωτήματα

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη και περιγραφικών και συσχετιστικών ερευνών σχετικά με τις αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ, αλλά και σχετικά με την αίσθηση

αυτοαποτελεσματικότητας και την Ποιότητα της Επαγγελματικής τους Ζωής. Στην παρούσα έρευνα, σκοπός είναι να μελετηθούν οι αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ, καθώς και το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας αλλά και της ΠΕΖ των ΕΨΥ.

Στο πλαίσιο αυτό, τίθενται οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

- Οι ΕΨΥ στην Ελλάδα αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές ΑΜΔΠ περισσότερο στο άτομο και λιγότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου.
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ΠΕΖ των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.

B. ΜΕΘΟΔΟΣ

1. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 85 Έλληνες ΕΨΥ, εργαζόμενοι σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ψυχικής υγείας που αναλαμβάνουν τη θεραπευτική παρέμβαση ΑΜΔΠ. Συμπεριλήφθηκαν νοσηλευτές, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, προερχόμενοι από ψυχιατρικά νοσοκομεία, ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, κέντρα ψυχικής υγείας και ψυχιατρικές κλινικές της Ελλάδας. Ως πληθυσμός της έρευνας ορίζονται οι ΕΨΥ που εργάζονται σε φορείς ψυχικής υγείας που αναλαμβάνουν τη θεραπευτική παρέμβαση ΑΜΔΠ.

Το δείγμα αποτέλεσαν 11 άνδρες (12.94%) και 74 γυναίκες (87.06%), ηλικίας από 24 έως 57 ετών ($M.O.=38.09$, $T.A.=8.66$). Η πλειοψηφία σε ποσοστό 61.18% ($n=52$) αναφέρει ότι εργάζεται σε δημόσιο φορέα και σε ποσοστό 56.47% ($n=48$) ότι παρακολουθεί εποπτεία αυτή τη στιγμή. Όσον αφορά στην ειδικότητα των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι δηλώνουν ψυχολόγοι/ψυχοθεραπευτές σε ποσοστό 54.12% ($n=46$). Ακολουθούν σε ποσοστό 24.71% οι νοσηλευτές/φροντιστές ($n=21$), σε ποσοστό 12.94% ($n=11$) οι κοινωνικοί λειτουργοί και τέλος σε ποσοστό 8.24% ($n=7$) οι ψυχίατροι. Σχετικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών 54.12% ($n=46$), σε ίσα ποσοστά 21.28% βρίσκονται οι συμμετέχοντες που έχουν πτυχίο ΑΕΙ ($n=18$) και ΤΕΙ ($n=18$), ενώ μια μικρή μειοψηφία της τάξης του 3.53% είναι κάτοχοι Διδακτορικού διπλώματος ($n=3$). Το 35.29% ($n=30$) αναφέρει ότι έχει 6-10 έτη προϋπηρεσίας, ακολουθεί το 29.41% ($n=25$) με 0-5 έτη προϋπηρεσίας, στη συνέχεια το 22.35% ($n=19$) με 11-20 έτη προϋπηρεσίας και τέλος το 12.94% ($n=11$) έχει άνω των 20 ετών προϋπηρεσία. Όσον αφορά στην εμπλοκή στη θεραπεία ΑΜΔΠ στην παρούσα φάση το 47.06% ($n=40$) των συμμετεχόντων απάντησαν θετικά, ενώ το 52.94% ($n=45$) αρνητικά. Τέλος, όσον αφορά στην εμπλοκή στη θεραπεία ΑΜΔΠ στο παρελθόν, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά 76.47% ($n=65$), ενώ το 23.53% ($n=20$) αρνητικά. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος καθώς και τα στοιχεία εμπλοκής τους στη θεραπεία ΑΜΔΠ παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα Β1 στο Παράρτημα Β.

2. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Ως ψυχομετρικά εργαλεία για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας, πέραν από ένα σύντομο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, επιλέχθηκαν και χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο αφορά στις αιτιακές αποδόσεις, το δεύτερο στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής και το τρίτο στην αυτοαποτελεσματικότητα.

2.1. Κλίμακα Αιτιακών Αποδόσεων

Η καταγραφή των αιτιακών αποδόσεων των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ έγινε με την Κλίμακα Αιτιακών Αποδόσεων (Causal Attribution Scale), όπως προσαρμόστηκε από τους Markham & Trower (2003). Η κλίμακα αποτελεί μια τροποποιημένη από τους Dagnan και συνεργάτες (1998) εκδοχή του Attribution Style Questionnaire που κατασκευάστηκε από τους Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky και Seligman (1982). Στις οδηγίες ζητείται από τους συμμετέχοντες να φανταστούν έναν ασθενή με τη συγκεκριμένη διάγνωση όταν θα απαντούν. Έπειτα τους παρουσιάζονται έξι σύντομα παραδείγματα δύσκολων συμπεριφορών που εκδηλώνουν συχνά οι ΑΜΔΠ και τους ζητείται να παράγουν μια κύρια αιτία για την κάθε συμπεριφορά και τέλος να βαθμολογήσουν τις αποδόσεις τους για αυτή την αιτία σε μια επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert σε σχέση με τους εξής 4 παράγοντες: εστία ελέγχου (locus of control/internality), σταθερότητα (stability), έλεγχος της συμπεριφοράς (control of event), έλεγχος της αιτίας (control of cause). Υψηλότερη βαθμολογία μεταφράζεται σε μεγαλύτερη εσωτερική εστία ελέγχου, σταθερότητα και έλεγχο της συμπεριφοράς και της αιτίας της συμπεριφοράς. Ούτε οι Dagnan και συνεργάτες (1998) ούτε οι Markham and Trower (2003) αναφέρουν δείκτες αξιοπιστίας και εσωτερικής συνοχής για το συγκεκριμένο εργαλείο.

Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στο μοντέλο του Weiner καθώς και στην αξιοποίηση των πιο σημαντικών παραγόντων όπως έχουν καταγραφεί σε σχετικές έρευνες. Η ανοιχτού τύπου παραγωγή αιτίας, η οποία δεν βαθμολογείται, ακολουθούμενη από βαθμολόγηση των παραγόντων των αιτιακών αποδόσεων σε σταθερή κλίμακα, προτείνεται από τους Russell, McAuley και Tarico (1987) σε έρευνά τους για τη σύγκριση της εγκυρότητας των διαφορετικών μεθοδολογιών για τη μέτρηση των αιτιακών αποδόσεων. Τα παραδείγματα δύσκολων συμπεριφορών βασίστηκαν σε αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες αντίστοιχες έρευνες. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούνται στα σενάρια είναι γυναίκες, για να αποκλειστεί ο παράγοντας επίδρασης του φύλου και δεν δίνεται καμία άλλη πληροφορία

σχετικά με το πλαίσιο, ώστε η απόδοση των αιτιών της δύσκολης συμπεριφοράς να είναι ελεύθερα παραγόμενη από τον κάθε συμμετέχοντα.

Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε για τις ανάγκες της έρευνας από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά από τρεις δίγλωσσους ψυχολόγους. Το συγκεκριμένο εργαλείο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, ούτε έχει μελετηθεί η αξιοπιστία του. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται λεπτομερώς στο Κεφάλαιο Γ. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α ήταν 0.85 για το ερωτηματολόγιο στο σύνολο του.

2.2. Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας

Η διερεύνηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε με τη χορήγηση της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale - GSE). Πρόκειται για μια ψυχομετρική κλίμακα που είναι σχεδιασμένη για να αξιολογεί αισιόδοξες αυτοαντιλήψεις για την ικανότητα να ανταπεξέλθει κάποιος σε δύσκολες απαιτήσεις στη ζωή. Η κλίμακα αναπτύχθηκε στη Γερμανία από τους Jerusalem και Schwarzer (1992). Αρχικά είχε 20 προτάσεις, οι οποίες το 1981 προσαρμόστηκαν σε 10. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πολλές έρευνες σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κλίμακα είναι μονοπαραγοντική και αποτελείται από 10 προτάσεις που συγκροτούν τον ομώνυμο παράγοντα. Οι απαντήσεις δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνονται από 1 (Καθόλου αλήθεια) έως 4 (Απολύτως αλήθεια). Βαθμολογούνται αθροιστικά, με τη βαθμολογία να κυμαίνεται από 10 έως 40 βαθμούς, με υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει υψηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Στη συγκεκριμένη έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η ελληνική έκδοση της κλίμακας, όπως προσαρμόστηκε από τους Glynnou, Schwarzer και Jerusalem (1997). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα από 25 έθνη για να ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας, ο δείκτης Cronbach's α κυμάνθηκε από 0.75 έως 0.90. Στο ελληνικό δείγμα ενηλίκων με μέσο όρο ηλικίας 40.4 έτη ήταν 0.78 (Scholz et al., 2002). Υψηλά αποτελέσματα στην κλίμακα έχουν θετική συσχέτιση με το θετικό συναίσθημα, την αισιοδοξία και την ικανοποίηση από την εργασία. Αρνητικοί συντελεστές συσχέτισης έχουν βρεθεί με την κατάθλιψη, το άγχος και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Jerusalem & Schwarzer, 1992).

2.3. Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής 5

Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής μετρήθηκε με την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου «Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής 5» (Professional Quality of Life 5 - ProQOL 5), που έχει κατασκευαστεί από την Hundall Stamm το 1999. Η τελευταία αναθεώρηση έγινε το 2009. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά για να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα της Μαγγούλια (2011). Η συγκεκριμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου αναπτύχθηκε διατηρώντας τις πιο θεωρητικά προεξέχουσες και ισχυρές ερωτήσεις από την προηγούμενη εκδοχή, την Κλίμακα Κόπωσης Συμπόνιας (Compassion Fatigue Self Test, Figley, 1995a) και προσθέτοντας κάποιες νέες ερωτήσεις σε κάθε υποκλίμακα ώστε να αντιπροσωπεύουν καλύτερα τις αντίστοιχες έννοιες. Η αναθεώρηση αναπτύχθηκε διατηρώντας τα ισχυρότερα και βασικότερα θεωρητικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία διατηρήθηκαν εάν συμφωνούσαν με τα κριτήρια της κάθε υποκλίμακας (item-to-scale criteria) και εάν ήταν αντιπροσωπευτικά του θεωρητικού υπόβαθρου της υποκλίμακας. Κάθε νέα υποκλίμακα έχει 10 ερωτήσεις: 7 ερωτήσεις από την προηγούμενη έκδοση του Compassion Fatigue Self Test και 3 ερωτήσεις που σχεδιάστηκαν για να ενισχύσουν την συνολική θεωρία της υποκλίμακας. Οι καινούργιες ερωτήσεις αναπτύχθηκαν με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία για την επαγγελματική εξουθένωση και την θεωρία που σχετίζεται με την ικανοποίηση και την κόπωση συμπόνιας. Επομένως, στην τωρινή του μορφή το εργαλείο αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: Ικανοποίηση Συμπόνιας, Επαγγελματική Εξουθένωση και Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Stamm, 2010). Η ικανοποίηση από τη συμπόνια ορίζεται ως η ευχαρίστηση που προέρχεται από την εργασία με εξυπηρετούμενους, η επαγγελματική εξουθένωση ως συναισθήματα απελπισίας και δυσκολίες με το να εργάζεσαι αποτελεσματικά με εξυπηρετούμενους και το δευτερογενές τραυματικό στρες ως μια σχετική με την εργασία δευτερογενής έκθεση σε εξαιρετικά αγχογόνα γεγονότα, τα οποία έχουν βιώσει πρωτογενώς οι εξυπηρετούμενοι.

Η δομική εγκυρότητα (construct validity) στην οποία έχει βασιστεί η κλίμακα, έχει ελεγχθεί και τεκμηριωθεί σε περισσότερα από 200 άρθρα (Stamm, 1999a). Χρησιμοποιώντας την μέθοδο που περιγράφηκε από τους Campbell & Fiske (1959) για την μελέτη της εγκυρότητας φάνηκε ότι οι υποκλίμακες του ProQOL 5 μετρούν στην πραγματικότητα διαφορετικές έννοιες (Μαγγούλια, 2011). Επιπλέον, το ProQOL 5, η αναθεώρηση του Compassion Fatigue Self Test, μείωσε τη συγγαμικότητα (collinearity) μεταξύ της κόπωσης συμπόνιας και της επαγγελματικής εξουθένωσης, που ήταν γνωστή ψυχομετρική αδυναμία του προηγούμενου εργαλείου.

Οι κατανομές των υποκλίμακων είναι γενικά μονοκόρυφες και συμμετρικές. Η υποκλίμακα της ικανοποίησης συμπόνιας είναι προς τα αριστερά ασύμμετρη, της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κανονική και του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι προς τα δεξιά ασύμμετρη. Το ProQOL έχει καλή εσωτερική συνοχή για τις τρεις υποκλίμακες: ικανοποίηση από τη συμπόνοια ($\alpha=.88$), επαγγελματική εξουθένωση ($\alpha=.75$) και δευτερογενές τραυματικό στρες ($\alpha=.81$) (Stamm, 2010). Για την ελληνική εκδοχή του ProQOL, ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής για τις υποκλίμακες έχει ως εξής: ικανοποίηση συμπόνιας $\alpha=.89$, επαγγελματικής εξουθένωσης $\alpha=.94$ και κόπωσης συμπόνιας $\alpha=.92$ (Μαγγούλια, 2011).

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγινε διότι ανταποκρίνεται πλήρως στη διερεύνηση του αντικειμένου της έρευνας και φαίνεται να είναι το μοναδικό εργαλείο που μετρά έννοιες όπως η ικανοποίηση από τη συμπόνοια και το δευτερογενές τραυματικό στρες, χωρίς να εξαντλείται στη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, συνίσταται από την κατασκευάστρια η χρήση του για επαγγελματίες που βοηθούν τον άνθρωπο, όπως οι ΕΨΥ. Έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερους από 1.000 συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας, εργαζόμενων με παιδιά ή οικογένειες και εκπαιδευτικό προσωπικό (Stamm, 2009), όπως επίσης και για τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών ΨΥ (Lauvrud, Nonstad, & Palmstierna, 2009, Newell & MacNeil, 2011).

Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοαναφορικό και περιλαμβάνει 30 κλειστού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=«ποτέ», 2=«σπάνια», 3=«μερικές φορές», 4=«συχνά» και 5=«πολύ συχνά»), όπου ο ερωτώμενος βαθμολογεί το προσωπικό του βίωμα τον τελευταίο έναν μήνα (Stamm, 2010). Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες των 10 προτάσεων η κάθε μία, οι οποίες μετρούν αντιστοίχως την ικανοποίηση από τη συμπόνοια, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Κάποια ερωτήματα χρειάζεται να αντιστραφούν κατά την κωδικοποίηση ώστε όλες οι απαντήσεις να υποδεικνύουν υψηλή ικανοποίηση από τη συμπόνοια, επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες βαθμολογούμενες συνδυαστικά αποδίδουν την έννοια της επαγγελματικής εξάντλησης/κόπωσης συμπόνιας.

2.4. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Τα ερωτηματολόγια που παρουσιάστηκαν παραπάνω συνοδεύονταν από ένα επιπλέον σύντομο ερωτηματολόγιο, που περιλάμβανε ερωτήσεις για τη συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις για την

ηλικία, το φύλο, την ειδικότητα, το επίπεδο σπουδών, τον φορέα εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας, την παρακολούθηση εποπτείας καθώς επίσης και την εμπλοκή τους στη θεραπεία ΑΜΔΠ στο παρελθόν και στο παρόν. Τα συγκεκριμένα στοιχεία θεωρήθηκε σημαντικό να συμπεριληφθούν στην έρευνα καθώς μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει αναδυθεί η σημασία τους σε αντίστοιχες έρευνες.

3. Διαδικασία

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ως ένα σύνολο τεσσάρων ενοτήτων. Η σειρά χορήγησης των ενοτήτων του ερωτηματολογίου διέφερε, ώστε να περιοριστούν κατά το δυνατόν φαινόμενα επιρροής, κούρασης ή αδυναμίας απαντήσεων (Babbie, 2011). Δημιουργήθηκαν δύο εναλλακτικές μορφές του ερωτηματολογίου ΑΒΓΔ και ΑΒΔΓ. Η ενότητα των αιτιακών αποδόσεων ήταν σταθερά μετά την ενότητα των δημογραφικών δεδομένων, που παρουσιαζόταν πρώτη, ενώ στη συνέχεια εναλλάσσονταν οι ενότητες για την ΠΕΖ και την αυτοαποτελεσματικότητα. Το ερωτηματολόγιο ήταν απλά δομημένο, με σύντομες και ξεκάθαρες οδηγίες για την κάθε ενότητα. Η διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμαινόταν σε είκοσι με τριάντα λεπτά.

Η έρευνα έλαβε χώρα σε ιδιωτικά και δημόσια πλαίσια ψυχικής υγείας. Η δειγματοληπτική μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η συμπτωματική δειγματοληψία (ή δειγματοληψία ευκολίας), η οποία βασίζεται στη συλλογή ατόμων που είναι άμεσα διαθέσιμα, προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετέχουν στην έρευνα σε εθελοντική βάση. Βασική προϋπόθεση της επιλογής των πλαισίων ήταν η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας η οποία εποπτεύεται από ψυχίατρο, ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα της διάγνωσης της ΜΔΠ. Σε αντίστοιχες έρευνες στο εξωτερικό το δείγμα συνήθως αποτελούνταν αποκλειστικά από νοσηλευτές. Πολύ λιγότερες έρευνες αξιοποίησαν μεικτά δείγματα ή αποκλειστικά ψυχοθεραπευτές (Sansone & Sansone, 2013). Παρ' όλα αυτά, στο θεραπευτικό σχεδιασμό και την υλοποίησή του για τους ΑΜΔΠ στους φορείς ψυχικής υγείας, εμπλέκονται παραπάνω από μία ειδικότητες της διεπιστημονικής ομάδας. Εξαιτίας της διαφορετικής εκπαίδευσης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων οι ρόλοι είναι διακριτοί, συναρθρώνονται ωστόσο σε ένα ενιαίο αποκαταστασιακό σχέδιο για κάθε ασθενή. Λόγω λοιπόν του πολυδιάστατου ρόλου των εργαζομένων στους φορείς ψυχικής υγείας, που προκύπτει από τις ανάγκες των ασθενών, της συχνής επαφής όλων των εργαζομένων μαζί τους, και του ρόλου που ενδέχεται να έχουν στη θεραπεία τους, το μεικτό δείγμα από ΕΨΥ κρίθηκε καταλληλότερο.

Αρχικά διασφαλίστηκε η έγκριση από την επιστημονική επιτροπή ή τον επιστημονικά υπεύθυνο του κάθε φορέα για τη χρήση δείγματος από το προσωπικό. Ακολούθησε προσωπική

συνάντηση της ερευνήτριας με τον επιστημονικά υπεύθυνο του κάθε φορέα, όπου τον ενημέρωσε αναλυτικά για τους στόχους της έρευνας, το υλικό και τη διάρκεια της διαδικασίας, τη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων και την διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Ο επιστημονικά υπεύθυνος αναλάμβανε να ενημερώσει το προσωπικό και να χορηγήσει τα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης, τα οποία επεστράφησαν συμπληρωμένα από τους ενδιαφερόμενους στην ερευνήτρια. Μετά την αρχική φάση επικοινωνίας με τους φορείς και έπειτα από δικό τους αίτημα, δημιουργήθηκε με τη χρήση του διαδικτυακού εργαλείου «φόρμες» που παρέχει η μηχανή αναζήτησης google (*google forms*), ένας σύνδεσμος (*link*) με το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Η εφαρμογή παρείχε τη δυνατότητα απευθείας αποστολής των δεδομένων στην ερευνήτρια σε μορφή αρχείου υπολογιστικών φύλλων (*excel*), διατηρώντας παράλληλα την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Έπειτα, ο υπεύθυνος ενημέρωνε την ερευνήτρια για τον αριθμό των ενδιαφερόμενων και την προτίμησή τους για έντυπα ή ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, τα οποία είτε παραδόθηκαν προσωπικά είτε απεστάλησαν ηλεκτρονικά στον επιστημονικά υπεύθυνο του κάθε φορέα. Από το τελικό δείγμα, οι 42 (49.41%) συμμετέχοντες απάντησαν ηλεκτρονικά και οι 43 (50.59%) σε έντυπη μορφή.

Η ερευνήτρια ως επί το πλείστον δεν ήταν παρούσα κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς δε θεωρήθηκε λειτουργικό από τους φορείς, ωστόσο υπήρχε συνημμένη επιστολή η οποία ενημέρωνε για τα στοιχεία επικοινωνίας μαζί της για τυχόν διευκρινήσεις, καθώς επίσης για το σκοπό και τη χρησιμότητα της έρευνας, διαβεβαίωνε για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των απαντήσεων και ευχαριστούσε τους συμμετέχοντες.

Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε σε διάστημα 10 μηνών, καθώς σε αρκετούς δημόσιους φορείς οι διαδικασίες έγκρισης της έρευνας ήταν αρκετά χρονοβόρες. Διανεμήθηκαν συνολικά 250 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων επιστράφηκαν 100. Από αυτά, τα 15 απορρίφθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης. Στο επόμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο Γ) αναλύονται στατιστικά τα συλλεχθέντα δεδομένα και παρουσιάζονται τα ερευνητικά ευρήματα.

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται λεπτομερής αναφορά στις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων, παρουσίαση των ερευνητικών αποτελεσμάτων και έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων που αναπτύχθηκαν στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου.

1. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Προτού πραγματοποιηθούν οι κύριες αναλύσεις της έρευνας, κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου των αιτιακών αποδόσεων CAS, καθώς δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε το μέτρο Kaiser–Meyer–Olkin ($KMO > .6$) για τον έλεγχο καταλληλότητας των δεδομένων του δείγματος (Kaiser & Rice, 1974). Επιπλέον, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών με τον έλεγχο σφαιρικότητας (Bartlett's test of sphericity, $p < .05$), με επιθυμητό επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 5%. Στη συνέχεια, η εξαγωγή των παραγόντων έγινε μέσω της μεθόδου ανάλυσης βασικών συνιστωσών (Principal Component Analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων με τη μέθοδο Varimax (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Τέλος, για την επικύρωση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) και αξιοπιστίας (reliability) του κάθε παράγοντα υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας (reliability coefficient) Cronbach's alpha.

Πριν την ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας, προκειμένου να ελεγχθεί αν οι μεταβλητές της έρευνας ακολουθούν ή όχι κανονική κατανομή. Ελέγχθηκαν ξεχωριστά τα δεδομένα για τον κάθε παράγοντα και αναλόγως με το αν παρουσίαζαν κανονική ή μη κανονική κατανομή, επιλέχθηκαν για τις αναλύσεις παραμετρικά ή μη παραμετρικά κριτήρια αντίστοιχα. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν οι στατιστικές αναλύσεις (Independent Samples *t*-test ή Mann Whitney test, One Way Anova ή Kruskal Wallis, Pearson *r*) με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 23 (Σαχλάς & Μπερσίμης, 2016).

2. Παραγοντική ανάλυση και Ανάλυση Αξιοπιστίας ερωτηματολογίου CAS

Το μέτρο Kaiser-Meyer-Olkin επιβεβαίωσε την επάρκεια του δείγματος ($KMO = .706$) ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's ήταν στατιστικά σημαντικός [$\chi^2(276) = 1183.41$, $p < .001$]. Προκειμένου να εξεταστεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου CAS έγινε ανάλυση βασικών συνιστωσών (principal component analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax) στα 24 στοιχεία του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με την διερευνητική παραγοντική ανάλυση, τα στοιχεία ομαδοποιούνται σε 6 παράγοντες που ερμηνεύουν το 70.5%

της συνολικής διακύμανσης. Το scree plot έδειξε την παρουσία τριών κύριων παραγόντων, επομένως η ανάλυση επαναλήφθηκε με τον ορισμό 3 παραγόντων προς εξαγωγή. Οι 3 παράγοντες που εξήχθησαν είχαν ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 2 και εξηγούσαν το 54.84% της συνολικής διακύμανσης (Πίνακας B2, Παράρτημα Β). Οι παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων είναι οι εξής: ελεγχσιμότητα (controllability), εσωτερική εστία ελέγχου (internality) και σταθερότητα (stability) (Πίνακες B3, B4 και B5, Παράρτημα Β). Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 παράγοντες (internality, stability, globality, controllability). Για την παρούσα έρευνα, ο παράγοντας globality αφαιρέθηκε, όπως και στην έρευνα των Markham και Trower (2003). Οι τρεις άλλοι παράγοντες που προβλέπονται, επιβεβαιώθηκαν, γι' αυτό και διατήρησαν τις ονομασίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Επομένως, τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης αλλά και των αναλύσεων αξιοπιστίας δίνουν μια εικόνα παρόμοια με την δομή της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου, θεωρούνται ικανοποιητικά και οποιεσδήποτε αποκλίσεις είναι πιθανόν να οφείλονται σε πολιτισμικούς παράγοντες αλλά και στο μικρό μέγεθος του δείγματος.

3. Έλεγχος κανονικότητας κλιμάκων

Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με βάση τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk. Εάν η τιμή p είναι χαμηλότερη από .05 τότε θεωρείται ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή παρουσιάζει μη κανονική κατανομή. Ο έλεγχος με βάση το Kolmogorov-Smirnov έδειξε ότι η κατανομή για τους τρεις παράγοντες ήταν κανονική. Ωστόσο, με βάση το Shapiro-Wilk, φάνηκε ότι οι παράγοντες «εσωτερική εστία ελέγχου» ($p=.002$) και «ελεγχσιμότητα» ($p=.017$) δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή, επομένως επιλέγονται μη παραμετρικά κριτήρια για τις αναλύσεις αυτών των παραγόντων (Πίνακας B6, Παράρτημα Β).

4. Ερευνητική υπόθεση 1: Οι ΕΨΥ στην Ελλάδα αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές ΑΜΔΠ περισσότερο στο άτομο και λιγότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου.

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε η πρώτη υπόθεση της έρευνας σύμφωνα με την οποία αναμένεται οι ΕΨΥ να αποδίδουν περισσότερο τις δύσκολες συμπεριφορές στο ίδιο το άτομο και λιγότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου. Κάνοντας την υπόθεση ότι η διάμεση τιμή (3.50) της κάθε υποκλίμακας του CAS χωρίζει την κλίμακα μέτρησης σε δύο ίσα μέρη, όπου χαμηλότερα από αυτήν οι αποδόσεις αφορούν στο άτομο και

υψηλότερα σε παράγοντες πέραν του ατόμου, εφαρμόστηκαν αναλύσεις t-test και Mann-Whitney. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, για τον παράγοντα «ελεγχσιμότητα», η μέση τιμή του δείγματος ($M.O.=3.03$, $T.A.=1.00$) ήταν χαμηλότερη από την διάμεση τιμή της κλίμακας ($z=-4.43$, $p<.001$), το οποίο μας δείχνει ότι το δείγμα αποδίδει την ελεγχσιμότητα λιγότερο στο άτομο και περισσότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου. Επιπλέον, για τον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου», η μέση τιμή του δείγματος ($M.O.=4.91$, $T.A.=1.13$) ήταν υψηλότερη από την διάμεση τιμή της κλίμακας ($z=7.16$, $p<.001$), το οποίο μας δείχνει ότι το δείγμα αποδίδει την εσωτερική εστία ελέγχου περισσότερο στο άτομο και λιγότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου. Τέλος, για τον παράγοντα «σταθερότητα», η μέση τιμή του δείγματος ($M.O.=5.12$, $T.A.=.86$) ήταν υψηλότερη από την διάμεση τιμή της κλίμακας ($t=17.47$, $df=84$, $p<.001$), το οποίο μας δείχνει ότι το δείγμα αποδίδει την σταθερότητα περισσότερο στο άτομο και λιγότερο σε παράγοντες πέραν του ατόμου.

4.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες αποδόσεων

Προκειμένου να ελεγχθεί η πιθανή σχέση των αποδόσεων των συμμετεχόντων με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις των ομάδων ανά κατηγορία και συσχετίσεις με τις συνεχείς μεταβλητές.

Όσον αφορά στον παράγοντα της ελεγχσιμότητας, η σύγκριση των τιμών μεταξύ των δύο φύλων πραγματοποιήθηκε με το κριτήριο Mann-Whitney, από το οποίο προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις αποδόσεις ελεγχσιμότητας των δύο φύλων ($z=-1.055$, $p=.291$). Με το ίδιο κριτήριο ελέγχθηκε η διαφορά στις αποδόσεις ελεγχσιμότητας σε σχέση με την εποπτεία, όπου δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων που παρακολουθούν σε σχέση με όσους δεν παρακολουθούν εποπτεία ($z=.062$, $p=.951$). Επιπλέον, ελέγχθηκε η διαφορά των συμμετεχόντων που εργάζονται σε δημόσιο σε σχέση με όσους εργάζονται σε ιδιωτικό φορέα εργασίας, απ' όπου δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ($z=-.966$, $p=.334$). Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα Β8 στο Παράρτημα Β. Στη συνέχεια, έγινε σύγκριση στις αποδόσεις ελεγχσιμότητας μεταξύ ομάδων μέσω του στατιστικού κριτηρίου Ksurksal-Wallis για την ηλικία ($\chi^2[3]=1.868$, $p=.600$), το επίπεδο σπουδών ($\chi^2[3]=4.371$, $p=.224$), τα έτη προυπηρεσίας ($\chi^2[3]=1.000$, $p=.801$), την ειδικότητα ($\chi^2[3]=6.456$, $p=.091$) και την επαφή με ΑΜΔΠ ($\chi^2[3]=2.001$, $p=.572$), από τις οποίες δεν προέκυψε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των πληθυσμών (Πίνακας Β9, Παράρτημα Β). Τέλος, για την ηλικία και για τα έτη προϋπηρεσίας πραγματοποιήθηκε επιπλέον έλεγχος γραμμικής συσχέτισης με τον δείκτη Pearson r , απ' όπου διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει

στατιστικώς σημαντική γραμμική σχέση ούτε για την ηλικία ($r = -.060, p=.583$) ούτε για τα έτη προϋπηρεσίας ($r = -.148, p=.176$) ως προς την απόδοση ελεγχιμότητας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: *Συσχετίσεις Pearson r των παραγόντων των αιτιακών αποδόσεων με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας*

| | | Pearson r | Τιμή p |
|--------------------------------|------------------|-----------|--------|
| Ελεγχιμότητα | Ηλικία | -.060 | .583 |
| | Έτη προϋπηρεσίας | -.148 | .176 |
| Εσωτερική εστία ελέγχου | Ηλικία | .288 | .007* |
| | Έτη προϋπηρεσίας | .321 | .003* |
| Σταθερότητα | Ηλικία | .340 | .001* |
| | Έτη προϋπηρεσίας | .321 | .003* |

* $p < .05$

Όσον αφορά στον παράγοντα εσωτερικής εστίας ελέγχου, εφαρμόστηκε το κριτήριο Mann-Whitney για τις συγκρίσεις των ομάδων ως προς το φύλο ($z = -1.548, p = .122$), την εποπτεία ($z = .160, p = .873$) και τον φορέα εργασίας ($z = .321, p = .748$), από όπου δεν βρέθηκε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά (Πίνακας B11, Παράρτημα Β). Από την χρήση του κριτηρίου Kruskal-Wallis για τη σύγκριση των ομάδων συμμετεχόντων με διαφορετική ειδικότητα ($\chi^2[3] = 1.978, p = .577$), επίπεδο σπουδών ($\chi^2[3] = 5.502, p = .139$), έτη προϋπηρεσίας ($\chi^2[3] = 7.236, p = .065$) και επαφή με ΑΜΔΠ ($\chi^2[3] = 3.305, p = .347$), δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά για τις αποδόσεις εσωτερικής εστίας ελέγχου (Πίνακας B12, Παράρτημα Β). Ωστόσο, από τον έλεγχο των αποδόσεων εσωτερικής εστίας ελέγχου μεταξύ ομάδων συμμετεχόντων διαφορετικής ηλικίας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2[3] = 8.556, p = .036$). Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω ($M.O. = 5.65, T.A. = 1.09$) και ατόμων ηλικίας κάτω των 30 ετών ($M.O. = 4.38, T.A. = 1.32$). Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: *Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ανάλυση διακύμανσης Kruskal Wallis για την ηλικία σε σχέση με τον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου»*

| | | N | % | M.O. (T.A.) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|---------------|-------|----|-------|-------------|-------------|----------------|--------|
| Ηλικία | <30 | 13 | 15,29 | 4.38 (1.32) | $\chi^2(3)$ | 8,556 | 0,036* |
| | 30-39 | 40 | 47,06 | 4.95 (1.07) | | | |
| | 40-49 | 19 | 22,35 | 4.69 (0.95) | | | |
| | 50+ | 13 | 15,29 | 5.65 (1.09) | | | |

* $p < .05$

Τέλος, πραγματοποιήθηκε επιπλέον έλεγχος γραμμικής συσχέτισης με τον δείκτη Pearson r για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής

θετική γραμμική σχέση μεταξύ των αποδόσεων εσωτερικής εστίας ελέγχου και της ηλικίας ($r=.288$, $p=.007$) και μεταξύ των αποδόσεων εσωτερικής εστίας ελέγχου και των ετών προϋπηρεσίας ($r=.321$, $p=.003$) (Πίνακας 1).

Τέλος, όσον αφορά στον παράγοντα της σταθερότητας από τις συγκρίσεις μέσω του στατιστικού κριτηρίου t -test ως προς το φύλο ($t=.135$, $df=84$, $p=.122$), την εποπτεία ($t=.832$, $df=84$, $p=.408$) και τον φορέα εργασίας ($t=1.236$, $df=84$, $p=.220$) δεν προκύπτει κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (Πίνακας B14, Παράρτημα Β). Πραγματοποιήθηκαν ακόμα αναλύσεις διακύμανσης ANOVA για τον έλεγχο του παράγοντα «σταθερότητα» μεταξύ ατόμων με διαφορετικό επίπεδο σπουδών ($F[3,81]=1.060$, $p=.371$), ειδικότητα ($F[3,81]=.640$, $p=.594$) και επαφή με ΑΜΔΠ ($F[3,81]=.750$, $p=.523$), τα αποτελέσματα των οποίων δείχνουν ότι δεν υπάρχει διαφορά ως προς την απόδοση της σταθερότητας (Πίνακας B15, Παράρτημα Β). Παρατηρήθηκε ωστόσο διαφορά απόδοσης της σταθερότητας στις ομάδες διαφορετικής ηλικίας ($F[3,81]=3.990$, $p=.011$) καθώς και στις ομάδες με διαφορετικά έτη προϋπηρεσίας ($F[3,81]=3.430$, $p=.021$). Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ηλικία, οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ ατόμων ηλικίας κάτω των 30 ετών ($M.O.=4.49$, $T.A.=.75$) και ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω ($M.O.=5.54$, $T.A.=.99$). Όσον αφορά στα έτη προϋπηρεσίας, οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ατόμων με προϋπηρεσία από μηδέν έως και πέντε χρόνια ($M.O.=4.75$, $T.A.=.79$) και των ατόμων με προϋπηρεσία 20 και περισσότερων χρόνων ($M.O.=5.67$, $T.A.=.74$). Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ανάλυση διακύμανσης ANOVA για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας σε σχέση με τον παράγοντα «σταθερότητα»

| | | N | % | M.O. (T.A.) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|-------------------------|-------|----|-------|-------------|----------|----------------|--------|
| Ηλικία | <30 | 13 | 15.29 | 4.49 (.75) | F(3,81) | 3.990 | .011* |
| | 30-39 | 40 | 47.06 | 5.22 (.75) | | | |
| | 40-49 | 19 | 22.35 | 5.07 (.85) | | | |
| | 50+ | 13 | 15.29 | 5.54 (.99) | | | |
| Έτη προϋπηρεσίας | 0-5 | 25 | 29.41 | 4.75 (.79) | F(3,81) | 3.430 | .021* |
| | 6-10 | 30 | 35.29 | 5.22 (.81) | | | |
| | 11-20 | 19 | 22.35 | 5.15 (.91) | | | |
| | >20 | 11 | 12.94 | 5.67 (.74) | | | |

* $p<.05$

Τέλος, πραγματοποιήθηκε επιπλέον έλεγχος γραμμικής συσχέτισης με τον δείκτη Pearson r για τον έλεγχο συσχέτισης της ηλικίας με τη σταθερότητα και των ετών προϋπηρεσίας με τη

σταθερότητα. Διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής θετική γραμμική σχέση μεταξύ των αποδόσεων σταθερότητας και της ηλικίας ($r = .340, p = .001$) και μεταξύ των αποδόσεων σταθερότητας και των ετών προϋπηρεσίας ($r = .321, p = .003$) (Πίνακας 1).

5. Ερευνητική υπόθεση 2: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.

Σύμφωνα με την δεύτερη ερευνητική υπόθεση, αναμένεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο. Για τον έλεγχο της υπόθεσης αυτής πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή του δείκτη Pearson r . Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας και των παραγόντων του CAS (Πίνακας B16, Παράρτημα Β).

6. Ερευνητική υπόθεση 3: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ΠΕΖ των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.

Για τη διερεύνηση της τρίτης ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχετίσεων των τριών παραγόντων του CAS με τις τρεις υποκλίμακες του ProQOL. Αρχικά οι τρεις υποκλίμακες του ProQOL κατηγοριοποιήθηκαν όπως παρουσιάζεται παρακάτω. Η πρώτη υποκλίμακα του ProQOL που αναλύθηκε ήταν η κλίμακα ικανοποίησης από τη συμπόνια. Αρχικά πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των συμμετεχόντων με βάση το επίπεδο της ικανοποίησης από τη συμπόνια, από την οποία προέκυψαν τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα που αντιπροσωπεύει την χαμηλή ικανοποίηση από τη συμπόνια αποτελούνταν από 19 άτομα (22.35%), η δεύτερη ομάδα που αντιπροσωπεύει τη μέτρια ικανοποίηση από τη συμπόνια αποτελούνταν από 46 άτομα (54.12%) και η τρίτη ομάδα που αντιπροσωπεύει την υψηλή ικανοποίηση από τη συμπόνια αποτελούνταν από 20 άτομα (23.53%). Ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία διαχωρισμού του δείγματος σε τρεις ομάδες για τη δεύτερη υποκλίμακα του ProQOL που αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην πρώτη ομάδα εντάσσονταν 24 άτομα (28.24%) τα οποία εμφάνισαν χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση, στη δεύτερη 39 άτομα (45.88%) τα οποία εμφάνισαν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση και στην τρίτη ομάδα 22 άτομα (25.88%) τα οποία εμφάνισαν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, η ίδια διαδικασία κατηγοριοποίησης σε ομάδες ακολουθήθηκε και για την τρίτη υποκλίμακα του ProQOL, που αφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες. Στην πρώτη ομάδα εντάχθηκαν 21 άτομα (24.71%) που εμφάνισαν χαμηλό δευτερογενές τραυματικό στρες, στη δεύτερη ομάδα

εντάχθηκαν 39 άτομα (45.88%) που εμφάνισαν μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες και στην τρίτη ομάδα εντάχθηκαν 25 άτομα (29.41%) τα οποία εμφάνισαν υψηλό δευτερογενές τραυματικό στρες.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις των ομάδων μέσω των αναλύσεων ANOVA και Kruskal Wallis. Από την ανάλυση διακύμανσης για την ικανοποίηση από τη συμπόνια δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων για τους παράγοντες ελεγχιμότητας ($\chi^2[2]=1.749$, $p=.417$), εσωτερικής εστίας ελέγχου ($\chi^2[2]=.303$, $p=.859$) και σταθερότητας ($F[2,82]=1.430$, $p=.245$) (Πίνακες B17, B18 και B19, Παράρτημα Β).

Από την ανάλυση διακύμανσης για την επαγγελματική εξουθένωση δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά για τους παράγοντες ελεγχιμότητα ($\chi^2[2]=2.472$, $p=.291$), εσωτερική εστία ελέγχου ($\chi^2[2]=2.383$, $p=.304$) και σταθερότητα ($F[2,82]=.390$, $p=.677$) (Πίνακες B20, B21 και B22, Παράρτημα Β).

Από την ανάλυση διακύμανσης για το δευτερογενές τραυματικό στρες προέκυψε ότι οι διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικές ως προς τον παράγοντα εσωτερική εστία ελέγχου ($\chi^2[2]=7.103$, $p=.029$). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4, η πρώτη ομάδα με το χαμηλό δευτερογενές τραυματικό στρες είχε $M.O.= 5.33$ ($T.A. = 1.07$), η δεύτερη ομάδα με το μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες είχε $M.O.= 4.58$ ($T.A. = 1.25$) και η τρίτη ομάδα με το υψηλό δευτερογενές τραυματικό στρες είχε $M.O.= 5.09$ ($T.A. = .84$), με τη μεγαλύτερη διαφορά να παρουσιάζεται μεταξύ των ομάδων χαμηλού και μέτριου δευτερογενούς τραυματικού στρες. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων για τους παράγοντες ελεγχιμότητα ($\chi^2[2]=1.851$, $p=.396$) και σταθερότητα ($F[2,82]=.040$, $p=.959$) σε σχέση με το STS. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες B23 και B24 αντίστοιχα (Παράρτημα Β).

Πίνακας 4: Ανάλυση διακύμανσης Kruskal Wallis για το δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με τον παράγοντα εσωτερική εστία ελέγχου της κλίμακας CAS

| | Δευτερογενές τραυματικό στρες | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|--|-------------------------------------|----|-------|----------------|-----------------------|-------------|-------------------|-----------|
| Εσωτερική ή εστία ελέγχου | Χαμηλό | 21 | 24.71 | 5.33 (1.07) | 5.33 (2.67 - 7.00) | $\chi^2(2)$ | 7.103 | .029 * |
| | Μέτριο | 39 | 45.88 | 4.58 (1.25) | 4.83 (1.00 - 6.67) | | | |
| | Υψηλό | 25 | 29.41 | 5.09 (0.84) | 5.33 (3.67 - 7.00) | | | |

* $p<.05$

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson r για τον εντοπισμό πιθανής γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων των δύο ερωτηματολογίων, που στην περίπτωση αυτή αντιμετωπίστηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, μόνο για τον παράγοντα ελεγχξιμότητα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση συμπόνιας ($r=-.237, p=.029$).

Πίνακας 5: Συσχετίσεις Pearson r των παραγόντων της κλίμακας CAS με την ικανοποίηση συμπόνιας (CS), την επαγγελματική εξουθένωση (BO) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS)

| | Υποκλίμακα ProQOL | Pearson r | τιμή p |
|--------------------------------|-------------------|-------------|----------|
| Ελεγχξιμότητα | CS | -.237 | .029* |
| | BO | .140 | .202 |
| | STS | .184 | .092 |
| Εσωτερική εστία ελέγχου | CS | -.035 | .753 |
| | BO | -.086 | .432 |
| | STS | -.015 | .893 |
| Σταθερότητα | CS | -.176 | .107 |
| | BO | .038 | .730 |
| | STS | -.072 | .514 |

* $p<.05$

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενέστερη ανάλυση των αποτελεσμάτων, ελέγχοντας αν αυτά επιβεβαιώνουν ή απορρίπτουν τις ερευνητικές υποθέσεις καθώς και αν παρουσιάζουν συμφωνία με ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας και γίνονται προτάσεις για πιθανές μελλοντικές έρευνες και για πιθανούς τρόπους αξιοποίησης των αποτελεσμάτων.

1. Αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ

Η πρώτη υπόθεση, σύμφωνα με την οποία θα περιμέναμε υψηλή απόδοση των δύσκολων συμπεριφορών των ΑΜΔΠ στο άτομο, δεν επιβεβαιώθηκε για τον παράγοντα της ελεγχιμότητας. Το δείγμα των ΕΨΥ παρουσίασε χαμηλή βαθμολογία στον παράγοντα της ελεγχιμότητας, κάτι το οποίο φαίνεται να αντανάκλα την πεποίθηση ότι ο ΑΜΔΠ δεν έχει τον έλεγχο ούτε της αιτίας μιας δύσκολης συμπεριφοράς, ούτε της ίδιας της συμπεριφοράς, δεν έχει την ευθύνη για αυτήν και δεν μπορεί να τη μεταβάλλει κατά βούληση. Το εύρημα αυτό δεν συνάδει με τα ευρήματα της πλειοψηφίας των ερευνών, όπου είχε αναδειχθεί η πεποίθηση των ΕΨΥ ότι ο ΑΜΔΠ ελέγχει την συμπεριφορά του σε σχέση με ασθενείς με διαφορετικές διαγνώσεις (Markham & Trower, 2003, Aviram et al., 2006, Forsyth, 2007).

Παρ' όλα αυτά, η ασυμφωνία αυτή έχει κάποιες βάσιμες εξηγήσεις. Αρχικά, στην παρούσα έρευνα ένα τέτοιο εύρημα ήταν αναμενόμενο, καθώς σε προηγούμενη έρευνα σε Έλληνες ψυχιατρικούς νοσηλευτές (Giannoyli et al., 2009) καταγράφηκε η αντιλαμβανόμενη δυσκολία διαχείρισης των ΑΜΔΠ, αλλά ως κάτι που οφείλεται κυρίως σε παράγοντες ελλειπών εκπαιδευσης και κατάλληλων υπηρεσιών κι όχι τόσο στους ίδιους τους ασθενείς. Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι η ειδικότητα που θεωρείται η πιο ευάλωτη σε αρνητικές στάσεις και αυτή που έχει διερευνηθεί περισσότερο (Sansone & Sansone, 2013). Είναι λοιπόν αναμενόμενο ότι, όταν για την πιο ευάλωτη ειδικότητα έχει καταγραφεί λιγότερη απόδοση ευθύνης στον ασθενή, τα ίδια αποτελέσματα θα έχουν και οι λιγότερο ευάλωτες ειδικότητες. Επιπλέον, τις τελευταίες δεκαετίες γίνονται ερευνητικές προσπάθειες που εντάσσονται στην εκστρατεία κατά του στίγματος για την ψυχική ασθένεια εν γένει. Συγκεκριμένα για την ΜΔΠ, γίνεται προσπάθεια για καλύτερη περιγραφή και παροχή εννοιολογικού πλαισίου των συμπτωμάτων, είτε με όρους βιωμένων αντιξοοτήτων και κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία (Ibrahim et al., 2018. Winsper, 2018) είτε ως περιπλεγμένο τραύμα που επιδρά στον δεσμό, στην ικανότητα διανοητικοποίησης και στην κοινωνική μάθηση (Luyten et al., 2020). Πολλοί ερευνητές θέτουν το ερώτημα αν οι στάσεις προς τη ΜΔΠ αλλάζουν ως επίδραση της

συνεχιζόμενης έρευνας, της νέας γνώσης, της εφαρμογής καλών πρακτικών που έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα και της βελτιωμένης πρόγνωσης (Day et al., 2018. Baker, 2020). Γνωρίζουμε ότι οι αιτιακές αποδόσεις μπορεί να αλλάζουν με βάση την πληροφόρηση που υπάρχει για το πλαίσιο εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς, επομένως ενδέχεται η αύξηση των πληροφοριών και η αποδεδειγμένη γνώση να οδηγούν σε καλύτερη αξιολόγηση των δύσκολων συμπεριφορών των ΑΜΔΠ.

Αντιθέτως, η υψηλότερη βαθμολογία στους παράγοντες «εσωτερική εστία ελέγχου» και «σταθερότητα», υποδεικνύουν ότι οι ΕΨΥ πιστεύουν πως η αιτία για μια δύσκολη συμπεριφορά ενός ασθενή εντοπίζεται εσωτερικά στον ίδιο και πως στο μέλλον είναι περισσότερο πιθανό να προκύψει ξανά παρά όχι. Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνουν την αρχική ερευνητική υπόθεση και φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα ερευνών στο εξωτερικό, όπου έχει φανεί ότι οι ΕΨΥ πιστεύουν ότι οι δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ προκύπτουν από το ίδιο το άτομο ή την ίδια την ασθένεια (δηλαδή εντοπίζονται εσωτερικά στο άτομο) και ότι είναι δύσκολο να αλλάξουν (θα προκύπτουν σταθερά σε διαφορετικές συνθήκες και καταστάσεις) (Markham και Trower, 2003. Aviram et al., 2006. Forsyth, 2007).

Η διαφορά μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων και της ελεγχιμότητας θα μπορούσε να εξηγηθεί αν λάβουμε υπ' όψιν μας τα δύο προαναφερθέντα είδη προκατάληψης κατά την απόδοση αιτιών (θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης και προκατάληψη δρώντα – παρατηρητή). Και τα δύο αυτά λάθη σχετίζονται με παράγοντες που αφορούν στην προδιάθεση, δηλαδή το κατά πόσο η αιτία μιας συμπεριφοράς εντοπίζεται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή σε εξωτερικές συνθήκες και καταστάσεις. Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι αναμένουμε από τους ειδικούς να κάνουν τα δύο αυτά λάθη προκατάληψης όταν έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες συμπεριφορές (Tynan & Allen, 2002. Weigel et al., 2006). Ενδέχεται λοιπόν οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας να υπέπεσαν στα δύο αυτά λάθη προκατάληψης κατά την απόδοση αιτιών, θεωρώντας ότι οι δύσκολες συμπεριφορές οφείλονται σε προδιαθεσικούς κι όχι καταστασιακούς παράγοντες. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον και παράγοντες που αφορούν τον οργανισμό εργασίας μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις (Holroyd, 2019). Πολλές υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαιτούν βιαστικές, «κανονιστικές» κρίσεις λόγω χρονικών πιέσεων (Crisp, Smith and Nicholson, 2016), το οποίο μπορεί να υποθάλπει στερεοτυπικές κρίσεις. Γνωρίζουμε ότι είναι λιγότερο πιθανό να υποπέσει κάποιος στο θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης όταν αφιερώνει χρόνο πριν κάνει κάποια κρίση (Nickell, 2009). Είναι πολύ πιθανό και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα να υπάρχει χρονική πίεση προς τους ΕΨΥ, επομένως να καταφεύγουν σε στερεοτυπικά σφάλματα απόδοσης αιτιών.

Μια ακόμη εξήγηση θα μπορούσε να είναι η αλλαγή της εικόνας για την ΜΔΠ. Οι Day και συνεργάτες (2018) διερευνώντας τις στάσεις των ΕΨΥ το 2000 και το 2015, παρατήρησαν θετική αλλαγή στη θεραπευτική γλώσσα, που περιλάμβανε μετακίνηση από χρήση όρων όπως «εσκεμμένος» και «χειριστικός», που υποδηλώνουν σκοπιμότητα στην αντίσταση και στις δύσκολες συμπεριφορές, σε χρήση όρων όπως «τραύμα», «πυροδοτητής», «αντιμεταβίβαση» που υποδηλώνουν την κατανόηση και την ενσυναίσθητη ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς. Η μετακίνηση αυτή αφορά στην αντίληψη του ελέγχου που έχουν οι ΑΜΔΠ στη συμπεριφορά τους. Ενδεχομένως να μην υφίσταται αλλαγή στους υπόλοιπους παράγοντες απόδοσης αιτιών, που σχετίζονται με την αντίληψη για προδιάθεση και επομένως με τον όρο «προσωπικότητα», που αφορά σε εσωτερικά, σταθερά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Από τους δημογραφικούς παράγοντες που διερευνήθηκαν σε σχέση με τις αιτιακές αποδόσεις, φαίνεται πως το φύλο, ο φορέας εργασίας, το επίπεδο σπουδών, η ειδικότητα και η εποπτεία δεν επηρεάζουν με κάποιον τρόπο τα αποτελέσματα. Παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν είναι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Συγκεκριμένα, οι νεότεροι σε ηλικία και με λιγότερα χρόνια εμπειρίας ΕΨΥ φάνηκε ότι αποδίδουν λιγότερο τις δύσκολες συμπεριφορές στο άτομο σε σχέση με τους μεγαλύτερους και με περισσότερα χρόνια εμπειρίας. Φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση απόδοσης της εσωτερικής εστίας ελέγχου και της σταθερότητας των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο όσο αυξάνεται η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας όσον αφορά στο ρόλο της εμπειρίας στις στάσεις των ΕΨΥ προς τους ΑΜΔΠ είναι αντιφατικά. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των Fritz (2012) και Black και συνεργατών (2011), οι οποίοι κατέγραψαν θετικότερες στάσεις με την πάροδο των χρόνων, την απόκτηση εμπειρίας και την αύξηση της εμπλοκής τους στη φροντίδα ΑΜΔΠ. Επιβεβαιώνουν όμως τα ευρήματα των Woollaston και Hixenbaugh (2008) και Bodner και συνεργατών (2015) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές ανέπτυξαν αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις, στάσεις και αντιδράσεις ατόμου εργάστηκαν με ΑΜΔΠ για κάποιο χρονικό διάστημα. Επίσης, σε έρευνα σε ψυχιατρικούς νοσηλευτές σχετικά με την επιθετικότητα των ασθενών, βρέθηκε ότι αυτοί με τη λιγότερη εμπειρία, επιρρίπτουν λιγότερες ευθύνες στους ασθενείς. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το εύρημα αυτό συμφωνεί με την πλειοψηφία της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αλλά παραθέτουν και διαφορετικά αποτελέσματα, όπου βρέθηκε ότι η ανοχή στην επιθετικότητα αυξανόταν με τα χρόνια εμπειρίας (Whittington, 2002). Ακόμη, οι Bodner και συνεργάτες (2015) αναφέρουν ότι για τις άλλες ειδικότητες η έκθεση σε μεγαλύτερο αριθμό ΑΜΔΠ συσχετίστηκε με μείωση των αρνητικών στάσεων. Οι Κnaak και συνεργάτες (2014) βρήκαν ότι η επαφή με ΑΜΔΠ στα πλαίσια εκπαιδευτικής παρέμβασης για μείωση του στίγματος στους

ΕΨΥ ήταν αποτελεσματική. Με βάση τις προαναφερθείσες έρευνες θεωρήθηκε σημαντικό να διερευνηθεί ο παράγοντας της επαφής με ΑΜΔΠ στο παρόν και στο παρελθόν. Παρ' όλα αυτά, ο παράγοντας αυτός δεν βρέθηκε να παρουσιάζει κάποια σχέση με τις αιτιακές αποδόσεις. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί λόγω της διαφορετικής μεθοδολογίας των ερευνών, των διαφορετικών σχέσεων που μελετήθηκαν καθώς και το διαφορετικό πλαίσιο επαφής (ενδονοσοκομειακοί, εξωτερικοί ασθενείς, συμμετέχοντες σε εκπαιδευτική ομάδα). Καθίσταται σαφές ότι ο ρόλος της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας και της εμπλοκής στη θεραπεία ΑΜΔΠ στις αντιδράσεις των ΕΨΥ θα πρέπει να διερευνηθεί διεξοδικότερα.

2. Σχέσεις αιτιακών αποδόσεων με την αυτοαποτελεσματικότητα

Η υπόθεση ότι θα υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας και των αποδόσεων των ΕΨΥ για τις δύσκολες συμπεριφορές, απορρίφθηκε. Δεδομένης της πλήρους απουσίας δεδομένων για τη συγκεκριμένη σχέση που διερευνήθηκε, γίνεται προσπάθεια να ερμηνευθεί το αποτέλεσμα αυτό. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση είδαμε ότι προτείνεται η διερεύνηση της αυτοαποτελεσματικότητας ως παράγοντα επίδρασης στα πλαίσια εργασίας με ανθρώπους που παρουσιάζουν δύσκολες συμπεριφορές (Hastings & Brown, 2002). Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν υποστηρίζουν αυτή τη συσχέτιση. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων, όπως είναι το μικρό δείγμα της έρευνας καθώς και το γεγονός ότι η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε ήταν η γενική αυτοαποτελεσματικότητα. Οι κατασκευαστές της κλίμακας GSE προτείνουν τη δημιουργία εξειδικευμένων κλιμάκων για τη μέτρηση των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Παρ' όλο που προβλέπουν ότι η γενική αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδεικτικά, είναι πιθανό μια εξειδικευμένη κλίμακα που θα μετρούσε τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας ως προς τις δύσκολες συμπεριφορές ΑΜΔΠ να έδινε διαφορετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα μετρήθηκαν οι αιτιακές αποδόσεις ως προς τις δύσκολες συμπεριφορές των ΑΜΔΠ και όχι σε σχέση με την επίδραση που ενδέχεται να έχει ο θεραπευτής σε αυτές. Στη θεωρία του για την κινητοποίηση, ο Weiner (2000) αναφέρει ότι οι άνθρωποι αποδίδουν αιτίες σε μια πληθώρα καταστάσεων που μπορεί να αφορούν σε κάποιον άλλο (αξιολόγηση ως παρατηρητές - διαπροσωπική θεώρηση) ή στον εαυτό τους (αξιολόγηση ως δρώντες - ενδοπροσωπική θεώρηση). Εάν οι ερωτήσεις της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε ζητούσαν απόδοση αιτίας σε σχέση με τον εαυτό τους, ενδέχεται οι ΕΨΥ να είχαν απαντήσει με διαφορετικό τρόπο. Εφόσον η αυτοαποτελεσματικότητα αφορά σε πεποιθήσεις για τον εαυτό, μοιάζει περισσότερο πιθανό να παρουσιάζει συσχέτιση με την εμπλοκή των ίδιων στη

διαδικασία απόδοσης αιτιών ως δρώντες, εν αντιθέσει με την απόδοση αιτιών σε κάποιον τρίτο από τη σκοπιά του παρατηρητή, όπως μετρήθηκε στην παρούσα έρευνα. Τέλος, το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει και την επιλογή εμπλοκής σε ένα έργο (Bandura, 1994). Το γεγονός αυτό ενδέχεται να σημαίνει ότι ΕΨΥ που αξιολογούν χαμηλά την αυτοαποτελεσματικότητά τους ως προς την θεραπεία ΑΜΔΠ ίσως να επέλεξαν να μη συμμετάσχουν στην έρευνα ή ακόμα και να επιλέγουν να μην αναλαμβάνουν θεραπεία ΑΜΔΠ.

3. Σχέσεις αιτιακών αποδόσεων με την ΠΕΖ

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε επίσης εν μέρει, καθώς βρέθηκαν μερικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων των δύο ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνια και του παράγοντα της ελεγχιμότητας. Οι ΕΨΥ που ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνια απέδιδαν λιγότερο τον έλεγχο της δύσκολης συμπεριφοράς στον ασθενή. Η έλλειψη ανάλογων ερευνών που να εξετάζουν το συγκεκριμένο ζήτημα δε μας επιτρέπει να βασιστούμε σε προηγούμενα συμπεράσματα για να επιβεβαιώσουμε αυτό το αποτέλεσμα. Ωστόσο, σε έρευνα των Verhaeghe και συνεργατών (2016) βρέθηκε ότι η ΠΕΖ είχε επίδραση στις στάσεις των ψυχιατρικών νοσηλευτών ως προς την επιθετικότητα των ασθενών. Η υψηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνια συνδέθηκε με υψηλότερη αυτοπεποίθηση στη διαχείριση της επιθετικότητας και υψηλότερη πίστη στην αξία της εκπαίδευσης, σε αντίθεση με την επαγγελματική εξουθένωση, η οποία συνδέθηκε με αρνητικές αποδόσεις και επίρριψη ευθυνών στον ασθενή για την επιθετικότητα. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πληθυσμοί της έρευνας αυτής με την παρούσα διαφέρουν, καθώς η πρώτη αναφέρεται αποκλειστικά σε ψυχιατρικούς νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η δεύτερη σε διάφορες ειδικότητες ειδικών που εργάζονται σε διαφορετικά πλαίσια. Ακόμη, ενώ η επιθετικότητα εντάσσεται στις δύσκολες συμπεριφορές, οι εκφάνσεις της συμπτωματολογίας της ΜΔΠ που γίνονται αντιληπτές ως δύσκολες δεν εξαντλούνται μόνο στην επιθετικότητα. Επομένως, τα αποτελέσματα των δύο ερευνών ίσως να μην είναι άμεσα συγκρίσιμα. Παρά ταύτα, και οι δύο έρευνες αναδεικνύουν τη σχέση της ΠΕΖ με την αντιμετώπιση μιας δύσκολης συμπεριφοράς από ΕΨΥ. Επιπλέον, θεωρούμε πως τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να στηριχθούν με βάση τη θεωρητική προσέγγιση του Figley (2002), για τον οποίο η αίσθηση της ικανοποίησης που βιώνουν οι επαγγελματίες μέσω της παροχής φροντίδας μπορεί να λειτουργεί ενθαρρυντικά στην νοσηματοδότηση της εργασίας τους. Οι Chartonas και συνεργάτες (2017) βρήκαν ότι οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι ανέφεραν απώλεια του νοήματος και της αίσθησης του σκοπού όταν καλούνταν να εργαστούν με ΑΜΔΠ σε σχέση με ασθενείς με κατάθλιψη. Η αύξηση της

ικανοποίησης από τη συμπόνια ενδέχεται να αντιμάχεται την αίσθηση απώλειας νοήματος και τον θεραπευτικό πεσιμισμό, οδηγώντας σε πιο θετικές στάσεις, λιγότερη επίρριψη ευθυνών και υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα (Verhaeghe et al., 2016), άρα και σε πιο επαγγελματική και θεραπευτικά κατάλληλη προσέγγιση σε περιστατικά δύσκολων συμπεριφορών.

Τέλος, όσον αφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ανέφεραν μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες είχαν χαμηλότερα επίπεδα απόδοσης του παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που εμφάνισαν υψηλό και χαμηλό δευτερογενές τραυματικό στρες. Λόγω απουσίας προηγούμενων ερευνών, δεν υπάρχει βάση σύγκρισης του αποτελέσματος αυτού. Επιχειρείται μια προσπάθεια για θεωρητική προσέγγιση του. Όπως γνωρίζουμε, η απόδοση σε εσωτερικές αιτίες συνδέεται θεωρητικά με την ανάγκη προβλεπτικού ελέγχου. Έχει βρεθεί ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές με χαμηλό και με μέτριο επίπεδο δευτερογενούς τραυματικού στρες θεωρούν την επιθετικότητα ως μέρος της εργασίας τους, κάτι το οποίο υπονοεί ότι είναι αναπόφευκτη, άρα εκτός του δικού τους ελέγχου, και σταθερή (Verhaeghe et al., 2016). Σύμφωνα με τους Injeyan και συνεργάτες (2011), το κατά πόσο οι σύμβουλοι που ασκούν γενετική συμβουλευτική σε μελλοντικούς γονείς πιστεύουν ότι τα γεγονότα που τους συμβαίνουν οφείλονται σε αιτίες έξω από τον έλεγχό τους (τύχη, μοίρα, άλλοι άνθρωποι – εξωτερική εστία ελέγχου) συσχετίζονται θετικά με την κόπωση συμπόνιας. Φαίνεται λογικό να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εσωτερικής εστίας ελέγχου (είτε ως δρώντας είτε ως παρατηρητής) ως ανάγκη πρόβλεψης και ελέγχου μελλοντικών καταστάσεων, με το δευτερογενές τραυματικό στρες, στο οποίο η αίσθηση απώλειας ελέγχου και η ανάγκη για μείωση του άγχους αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά.

Η απουσία γραμμικής συσχέτισης του δευτερογενούς τραυματικού στρες με την εσωτερική εστία ελέγχου, πέραν της πιθανής χαμηλής στατιστικής ισχύος της έρευνας, ίσως να υποδεικνύει την επίδραση μη ελεγχόμενων παραγόντων. Οι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, τα πολλά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα, ο αυξημένος σωματικός και ψυχολογικός φόρτος εργασίας, η αυξημένη επαφή με τραυματισμένους ασθενείς, οι πολλές ώρες εργασίας έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες σε Έλληνες ψυχιατρικούς νοσηλευτές (Μαγγούλια, 2011). Παρ' όλο που στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες με κάποιον από τους παράγοντες αυτούς (ηλικία, έτη προϋπηρεσίας, επαφή με ΑΜΔΠ), η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας, βρέθηκαν να αυξάνουν την απόδοση σε σταθερές και εσωτερικές αιτίες των ΑΜΔΠ. Στην έρευνα των Verhaeghe και συνεργατών (2016) οι συγγραφείς καταλήγουν ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια εργασίας και το

προσωπικό εξαντλείται συναισθηματικά ίσως είναι και πιο δύσκολο να δείξουν ενσυναίσθηση προς την επιθετική συμπεριφορά, επιρρίπτοντας περισσότερες ευθύνες στους ασθενείς. Επιπροσθέτως, το ιστορικό προσωπικού τραύματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες (Figley, 2002). Η ΠΕΖ και συγκεκριμένα το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι μια έννοια που πρόσφατα έχει διεγείρει το ερευνητικό ενδιαφέρον και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με πιθανούς ατομικούς (προσωπικότητας, ιστορικού) και δημογραφικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τις σχέσεις με τις αποδόσεις εσωτερικής εστίας ελέγχου.

4. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς οι οποίοι είναι σημαντικό να επισημανθούν. Ωστόσο, αυτοί δεν μειώνουν τη σπουδαιότητα της, αλλά αντιθέτως αποτελούν εφελτήριο αναστοχασμού και προβληματισμού, απ' όπου προκύπτουν προτάσεις για διαφοροποίηση της μεθοδολογίας και του περιεχομένου της παρούσας, σε μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες.

Συγκεκριμένα, σε επίπεδο δειγματοληψίας, στην παρούσα εργασία η χαμηλή στατιστική σημαντικότητα ενδέχεται να οφείλεται και στο περιορισμένο μέγεθος του δείγματος (85 άτομα). Η δειγματοληψία ευκολίας, επίσης, αποτελεί περιορισμό της έρευνας, ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει τη γενίκευση των συμπερασμάτων στο σύνολο των Ελλήνων ΕΨΥ, τα οποία θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Παρ' όλα αυτά, η ποικιλομορφία του δείγματος, ως προς τη συλλογή του από διάφορα πλαίσια (δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, διάφορες περιοχές της Ελλάδας) και τα διαφορετικά υπόβαθρα (ηλικιακά, εκπαιδευτικά, εποπτικά, εμπειρικά) θα μπορούσε ενδεχομένως να βελτιώσει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ενώ στον πληθυσμό των ΕΨΥ που εργάζονται σε φορείς ψυχικής υγείας που αναλαμβάνουν τη θεραπεία ΑΜΔΠ ανήκουν και οι εργοθεραπευτές, στην παρούσα έρευνα η συμμετοχή τους ήταν μηδενική. Το γεγονός αυτό ίσως να αντανάκλα την υποαντιπροσώπηση της συγκεκριμένης ομάδας θεραπευτών στους φορείς ή και αντίσταση εκ μέρους τους στη συμμετοχή. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι συμμετείχαν ΕΨΥ από τις υπόλοιπες ειδικότητες (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί), γεγονός το οποίο μας προσφέρει δεδομένα για το ευρύτερο πεδίο της ψυχικής υγείας κι όχι μόνο για μια ειδικότητα ψυχικής υγείας. Τέλος, ενδέχεται το ίδιο το θέμα της έρευνας να οδηγεί σε μεροληπτική επιλογή του δείγματος, καθώς δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα κάποιοι ΕΨΥ που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων προς τους ΑΜΔΠ ή χαμηλότερα

επίπεδα ΠΕΖ και υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, να μην είχαν το ενδιαφέρον ή την ενέργεια να συμμετέχουν ή και να παρουσίασαν αντίσταση στο θέμα. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν μεγαλύτερο σε μέγεθος και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, ώστε οι αναλύσεις να έχουν μεγαλύτερη ισχύ και τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευθούν με ασφάλεια στον υπό εξέταση πληθυσμό.

Στο επίπεδο άντλησης των δεδομένων, ένας σημαντικός περιορισμός που χρήζει προσοχής σχετίζεται με το ότι οι κλίμακες είναι αυτό-αναφορικές, παρουσιάζοντας έτσι τον κίνδυνο για κοινωνικώς επιθυμητές απαντήσεις, για τις οποίες δεν μπορεί να διασφαλιστεί η ορθότητα και η ειλικρίνεια (Babbie, 2011). Μεγαλύτερος δε είναι ο κίνδυνος αυτός για τα ερωτηματολόγια που αφορούν ικανότητες, όπως είναι το ερωτηματολόγιο αυτοαποτελεσματικότητας, καθώς οι συμμετέχοντες ενδέχεται να απαντούν με βάση έναν ιδεατό εαυτό (Day et al., 2018). Επιπλέον, το ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για τη μέτρηση των αιτιακών αποδόσεων (CAS) δεν έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα, επομένως η προσαρμογή του και η χρήση του μπορεί να ενέχει κινδύνους γλωσσικών και πολιτισμικών διαφορών. Παρ' όλα αυτά, οι αναλύσεις φανερώνουν καλούς δείκτες αξιοπιστίας και παραγοντικής δομής. Θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας ότι η άντληση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας του ιού COVID-19, γεγονός το οποίο ενδέχεται να επιδρά στην ψυχική κατάσταση των συμμετεχόντων, ως μέλη του κοινωνικού συνόλου, αλλά και ως εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Η ύπαρξη τραύματος στο προσωπικό ιστορικό έχει φανεί πως επηρεάζει την κόπωση από τη συμπίνα (Figley, 2002). Η νόσηση από COVID-19 αλλά και οι θάνατοι λόγω αυτού, όπως και οι γενικότερες συνθήκες εγκλεισμού λόγω πανδημίας, ενδέχεται να βιώνονται ως τραυματικά γεγονότα είτε από τους ασθενείς είτε από τους ίδιους τους ΕΨΥ και αυτό να επηρεάζει τα επίπεδα της ΠΕΖ και ιδιαίτερα του ΔΤΣ στο δείγμα. Για το λόγο αυτό, η επανάληψη των μετρήσεων μετά το πέρας της πανδημίας θα παρουσίαζε ερευνητικό ενδιαφέρον. Επιπροσθέτως, σε επίπεδο μεθοδολογίας, όπως προαναφέρθηκε, ο τρόπος μέτρησης των αιτιακών αποδόσεων αλλά και της αυτοαποτελεσματικότητας ποικίλει και η επιλογή διαφορετικών ψυχομετρικών εργαλείων ίσως να αποκάλυπτε διαφορετικά αποτελέσματα. Προτείνεται λοιπόν ο σχεδιασμός μιας έρευνας που θα μελετά τη σχέση των αιτιακών αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών ΑΜΔΠ από την ενδοπροσωπική θεώρηση με την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των ΕΨΥ συγκεκριμένα για τη διαχείριση των δύσκολων αυτών συμπεριφορών.

Τέλος, όσον αφορά στην ανάλυση των δεδομένων και την συζήτηση των συμπερασμάτων, επισημαίνεται ότι τα αποτελέσματά αυτής της έρευνας δεν επιτρέπουν την

εξαγωγή συμπερασμάτων για σχέσεις αιτίου-αιτιατού μεταξύ των μεταβλητών, καθώς στηρίζονται σε συσχετίσεις κι όχι σε πειραματική διαδικασία. Σε μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί το αν η αύξηση του επιπέδου της ΠΕΖ των ΕΨΥ μπορεί να επιφέρει μείωση των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στους ΑΜΔΠ, καθώς και οι προεκτάσεις μιας τέτοιας σχέσης στην βελτίωση της θεραπευτικής πρακτικής και αποτελεσματικότητας. Ακόμη, το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες προηγούμενες μελέτες για το συγκεκριμένο πληθυσμό, είχε ως αποτέλεσμα να μη μπορεί να γίνει αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων με άμεσα συγκρίσιμους πληθυσμούς ή να μη μπορεί να πραγματοποιηθεί εντελώς λόγω μη ύπαρξης αντίστοιχων δεδομένων από άλλες μελέτες. Η παρούσα έρευνα μπορεί να προσφέρει μια βάση σύγκρισης για αντίστοιχες μελλοντικές έρευνες στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Κλείνοντας, μια θεματική που αναδύεται και χρήζει διερεύνησης είναι η αλλαγή των στάσεων και αντιλήψεων προς τους ΑΜΔΠ. Μια υπόθεση που φαίνεται να μην έχει εξεταστεί μέχρι στιγμής είναι το αν η αλλαγή στάσεων / αντιλήψεων σχετίζεται με το ποσοστό επιτυχούς θεραπευτικής αντιμετώπισης των ΑΜΔΠ, καθώς οι πιθανές επιδράσεις της θετικής έκβασης στην απόδοση της σταθερότητας και στην ικανοποίηση από τη συμπόνια.

5. Αξιοποίηση των συμπερασμάτων στην βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Πέραν των ερευνητικών δρόμων που ανοίγουν, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην εξέλιξη της θεραπευτικής πρακτικής. Η ανομοιογένεια των αποτελεσμάτων σχετικά με την απόδοση αιτιών για τις δύσκολες συμπεριφορές καθώς και η μερική ασυμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία ίσως υποδεικνύουν μία αλλαγή στο τοπίο για το στίγμα προς τις διαταραχές προσωπικότητας συνολικά αλλά και συγκεκριμένα για την ΜΔΠ. Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια επιχειρεί να συμβάλει στην ενίσχυση της εκστρατείας κατά του στίγματος. Η συνεχιζόμενη, δια βίου εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη των ειδικών σε εξειδικευμένα προγράμματα παρέμβασης που έχει αποδειχθεί ότι αποδίδουν, έχει ήδη αναγνωριστεί ως απαραίτητο στοιχείο αντιμετώπισης του στίγματος (Baker, 2020. Chartonas et al., 2017). Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν και με άλλα στοιχεία πέραν των παρεμβάσεων, όπως εστίαση στην προσπάθεια κατανόησης κι όχι στην προσπάθεια διαχείρισης/ελέγχου των δύσκολων συμπεριφορών που προκύπτουν στην αλληλεπίδραση με ΑΜΔΠ (Hastings, 1995), έμφαση στην αναστοχαστική πρακτική (MacAteer et al., 2015. Baker, 2020) και στην επίγνωση της αντιμεταβίβασης που προκαλούν οι συγκεκριμένοι ασθενείς (Chartonas et al., 2017), ως πρακτικές που βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση και

θεραπευτική αντιμετώπιση του ΑΜΔΠ, ενσυνείδητη γνώση του στίγματος προς τους ΑΜΔΠ (Myers, 2017), που θα αυξήσει την κινητοποίηση των ειδικών για πιο προσεκτική αξιολόγηση και κρίση (Nickell, 2009), ενσυνείδητη γνώση του πλαισίου εμφάνισης των συμπτωμάτων ΜΔΠ προτού ο ειδικός προβεί σε απόδοση των δυσκολιών σε μια και μόνο διάγνωση (Myers, 2017), προσέγγιση με ανοιχτότητα σκέψης και επαγγελματική στάση (Myers, 2017), έμφαση στη θεραπεία, έγκυρη πληροφόρηση για την καλή πρόγνωση, θεραπευτικός προγραμματισμός με συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους, χρήση θεραπευτικής γλώσσας (person first as opposed to disease first) (Knaak et al., 2014), επαφή με ΑΜΔΠ αλλά και με ειδικούς που αφηγούνται ιστορίες επιτυχίας (Knaak et al., 2014. Baker, 2020), ως πρόληψη του αισθήματος έλλειψης νοήματος και θεραπευτικού πεσιμισμού (Chartonas et al., 2017). Καθώς οι διαταραχές προσωπικότητας επικρατούν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα προγράμματα αυτά ιδανικά θα αποτελούσαν ένα σημαντικό μέρος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Chartonas et al., 2017. Baker, 2020).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα προς αξιοποίηση είναι η σχέση της ικανοποίησης από τη συμπίνα με τη μείωση των αποδόσεων ελέγχου στο άτομο και η λιγότερο ξεκάθαρη σχέση του δευτερογενούς τραυματικού στρες με τις αποδόσεις εσωτερικής εστίας ελέγχου. Έχοντας πλέον γνώση για την ύπαρξη αυτών των σχέσεων, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να προβούν σε δομικές αλλαγές στην οργάνωσή τους, ώστε να ανασχηματιστούν σε περιβάλλοντα που φροντίζουν όχι μόνο την ψυχική υγεία των ληπτών υπηρεσιών αλλά και των ίδιων των εργαζόμενων (Stamm, 2009). Η φροντίδα για την ΠΕΖ των εργαζόμενων, η ενδυνάμωσή τους και η υποστήριξή τους στην ανεύρεση νοήματος και στη λήψη ικανοποίησης από την εργασία τους θα έχει ως αποτέλεσμα την διεκπεραίωση αυτής με μεγαλύτερο επαγγελματισμό και σεβασμό προς τα άτομα που έχουν απέναντί τους. Ακόμη πιο στοχευμένη θα ήταν η λειτουργία τους σύμφωνα με το παράδειγμα της ενήμερης για το τραύμα φροντίδας (Trauma Informed Care - TIC). Η TIC μετακινεί την προσοχή από την ερώτηση «Τι πάει στραβά με εσένα;», η οποία βάζει τον λήπτη σε μια θέση ασθενή, στην ερώτηση «Τι σου συνέβη;», η οποία βάζει τον λήπτη σε μια θέση επιζώντα κατά την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Salasin, 2011). Η TIC περιλαμβάνει τη φροντίδα για το τραύμα των υπαλλήλων και πρεσβεύει πως ένας οργανισμός που βοηθά άλλους, πρέπει να μπορεί συνεχώς να θεραπεύει και την δική του 'υγεία', με το να έχει ενσυναίσθηση και ευελιξία και με το να εντάσσει τεχνικές εκτίμησης και υποστήριξης των εργαζομένων (Almazar, 2011).

Τέλος, ο ειδικός ψυχικής υγείας κατά το ατομικό ταξίδι διαμόρφωσης της ταυτότητάς του θα πρέπει να έρθει σε επαφή και να αποκτήσει επίγνωση για το προσωπικό του ιστορικό και τα πιθανά του τραύματα, ώστε να μπορεί να προλάβει την πιθανή εμφάνιση δευτερογενούς

τραυματικού στρες ιδιαίτερα κατά την εργασία του με ομάδες όπου το τραύμα είναι κυρίαρχο στοιχείο θεραπείας. Αυξημένη επίγνωση μπορεί να οδηγήσει σε ωφέλιμες πρακτικές όπως ο αναστοχασμός σχετικά με τις τρέχουσες περιπτώσεις ασθενών και τις προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες (Figley, 2002). Ακόμη κι αν δεν εργάζεται με περιπτώσεις τραύματος αμιγώς, είναι σημαντικό να έχει τις θεωρητικές γνώσεις για πιθανή παρέμβαση αλλά και τις δεξιότητες για αυτοπαρατήρηση και αυτοφροντίδα. Επιπλέον, θα πρέπει να έχει επίγνωση για τις πιθανές προκαταλήψεις του απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ώστε να αποφύγει την επιστημονική αδικία, που οδηγεί σε λανθασμένες κρίσεις και θεραπευτικές αποφάσεις (Kyratsous & Sanati, 2017). Η δια βίου εκπαίδευση, η ατομική ψυχοθεραπεία και προσωπική ανάπτυξη και η εποπτεία αποτελούν απαραίτητες εμπειρίες που μπορούν να προσφέρουν το πλαίσιο προσωπικής διερεύνησης και αναστοχασμού, βελτιώνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα του επαγγελματία και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Baker, 2020).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Almazar, R. (2011). *A Trauma Informed Approach to Workforce Development: Healing the Healers*. SAMHSA National Center for Trauma Informed Care
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author.
- Armstrong, H., & Dagnan, D. (2011). Mothers of Children Who have an Intellectual Disability: Their Attributions, Emotions and Behavioural Responses to Their Child's Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(5), 459–467. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00626.x>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα* (Κ. Ζαφειρόπουλος, επίμ., & Γ. Βογιατζής, μετάφρ., 1η έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18, 351.
- Bailey, B. A., Hare, D. J., Hatton, C., & Limb, K. (2006). The response to challenging behaviour by care staff: Emotional responses, attributions of cause and observations of practice. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 199–211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00769.x>
- Baker, J. (2020). *Judging Personality Disorder: A Systematic Review of Clinician Attitudes and Responses to Borderline Personality Disorder; and an Examination of Causal Attributions, Stigmatising Stereotypes and Jury Decision Making Regarding the ICD-11 "Severe Personalit. March*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359–373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 71–81.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.
- Bao, S., & Taliaferro, D. (2015). Compassion Fatigue and Psychological Capital in Nurses Working in Acute Care Settings. *International Journal for Human Caring*, 19, 35–40. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.2.35>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548–555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888->

- Bosman, M., & van Meijel, B. (2008). Perspectives of Mental Health Professionals and Patients on Self-Injury in Psychiatry: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.07.006>
- Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder: Clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(6), 491–498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01943.x>
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>
- Bria, M., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior*, 16(3), 423–452.
- Campbell, D.T. & Fiske, D.W., 1959. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, pp. 81-105.
- Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S., Lee, T., & Bhui, K. (2017). Personality disorder: Still the patients psychiatrists dislike? *BJPsych Bulletin*, 41(1), 12–17. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052456>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. London: Sage Publications.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186–191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Crisp, N., Smith, G., & Nicholson, K. (2016). Old problems, new solutions—improving acute psychiatric care for adults in England. *The Commission on Acute Adult Psychiatric Care*.
- Cudré-Mauroux, A. (2011). Self-efficacy and stress of staff managing challenging behaviours of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 39(3), 181–189. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2010.00646.x>
- Dagnan, D., & Cairns, M. (2005). Staff judgements of responsibility for the challenging behaviour of adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 95–101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00665.x>
- Dagnan, D., Trower, P., & Smith, R. (1998). Care staff responses to people with learning disabilities and challenging behaviour: A cognitive-emotional analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 59–68. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01279.x>
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, 12(4), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Molecular Ecology*, 25(13–14), 1848–1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>

- Dunn, K., Elsom, S., & Cross, W. (2007). Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(2), 201–217. <https://doi.org/10.1080/01612840601096321>
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: stages of disillusionment in helping professions*. Human Sciences Press, New York.
- Feltz, D. L. & Mugno, D. A. (1983). A Replication of the Path Analysis of the Causal Elements in Bandura's Theory of Self-efficacy and the Influence of Autonomic Perception. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 5(3), 263–277. <https://doi.org/10.1123/jsp.5.3.263>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *BrunnerMazel Psychosocial Stress Series*, 300. <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2Cwo47uOE4C&pgis=1>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x>
- Fritz, J. C. (2012). "She 's such a borderline " : exploring the stigma of borderline personality disorder through the eyes of the clinician.
- Gallop, R., Lancee, W. J., & Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder." *Hospital and Community Psychiatry*, 40(8), 815–819. <https://doi.org/10.1176/ps.40.8.815>
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 481–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x>
- Gobel, P., & Mori, S. (2007). Success and failure in the EFL classroom: Exploring students' attributional beliefs in language learning. *EUROSLA Yearbook*, 7, 149–169. <https://doi.org/10.1075/eurosla.7.09gob>
- Gould, D., Weiss, M. (1981). The effects of model similarity and model talk on self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport Psychology*, 3(1), 17–29.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 144–150. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00378.x>
- Hastings, Richard P. (1995). Understanding Factors That Influence Staff Responses To Challenging Behaviours: an Exploratory Interview Study. *Mental Handicap Research*, 8(4), 296–320. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1995.tb00163.x>
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222–232. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2)
- Hill, C. & Dagnan, D. (2002). Helping, Attributions, Emotions and Coping Style in Response to People with Learning Disabilities and Challenging Behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities*, 6(4), 363–372. [10.1177/146900470200600403](https://doi.org/10.1177/146900470200600403)
- Hinshelwood, R. D. (1999). The difficult patient. The role of "scientific psychiatry" in understanding

- patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder: Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 174(MAR.), 187–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.187>
- Holroyd, H. K. (2019). Staff attitudes towards individuals with a diagnosis of Borderline Personality Disorder. *University of East Anglia*.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255–269. <https://doi.org/10.1080/09638230601056371>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G., & Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 20(5), 526–540. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9379-4>
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29–36. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01457.x>
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>
- Jansson, L., & Graneheim, U. H. (2018). Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Specialised Mental Health Outpatient Care in Rural Areas. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 554–560. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1431823>
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(4), 388–395. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318268fe09>
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.
- Jones, C., & Hastings, R. P. (2003). Staff reactions to self-injurious behaviours in learning disability services: Attributions, emotional responses and helping. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 189–203. <https://doi.org/10.1348/014466503321903599>
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28(2), 107–128. <https://doi.org/10.1037/h0034225>
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 192–238.
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue*

- Canadienne de Psychiatrie*, 59(10), S19–S26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>
- Krawitz, R. (2004). Borderline personality disorder: Attitudinal change following training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(7), 554–559. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01409.x>
- Kyratsous, M., & Sanati, A. (2017). Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 974–980. <https://doi.org/10.1111/jep.12609>
- Lachman, V. D. (2016). Compassion fatigue as a threat to ethical practice: Identification, personal and workplace prevention/management strategies. *MEDSURG Nursing*, 25(4), 275–278.
- Lauvrud, C., Nonstad, K. & Palmstierna, T. Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 7, 31 (2009). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-31>
- Lei, C. (2009). On the Causal Attribution of Academic Achievement in College Students. *Asian Social Science*, 5(8), 87–96. <https://doi.org/10.5539/ass.v5n8p87>
- LeQuesne, E. R., & Hersh, R. G. (2004). Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3), 170–176. <https://doi.org/10.1097/00131746-200405000-00005>
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88–105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Main, T. F. (1957). The Ailment. *British Journal of Medical Psychology*, XXX(3), 129–145.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333–338. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>
- Manktelow, R., MacAteer, A., & Fitzsimons, L. (2015). MENTAL HEALTH AND ORGANISATIONAL CHANGEMental health worker's perception of role stress, self-efficacy and organisational climate regarding the ethos of recovery. *British Journal of Social Work*, 46(June), 737–755.
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label “borderline personality disorder” on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243–256. <https://doi.org/10.1348/01446650360703366>
- Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333–368. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5368-4>
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. Job stress and burnout. ... *a Complex Phenomenon: Job Stress and Burnout*, January 1982. https://scholar.google.com/scholar?q=%3DMaslach+C+1982%2C+“Understanding+burnout+definitional+issues+in+analysing+a+complex+phenomenon”%2C+in+Paine+WS+%28Ed%29%2C+Job+stress+and+burnout%3A+Research+theory+and%5C&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Ob urnout*. 397–422.
- McGrath, B., & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards

- Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/601918>
- McGuinness, P., & Dagnan, D. (2001). Cognitive emotional reactions of care staff to difficult child behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 295–302. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003034>
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care*patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(June 2017), 0–11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Morris, J. (2008). Challenging Behaviour: A Unified Approach. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 2(2), 55–57. <https://doi.org/10.1108/17530180200800019>
- Myers, V. R. (2017). Borderline personality disorder: is diagnosis offering service or stigma? *University of Ottawa Journal of Medicine*, 7(1), 21–23. <https://doi.org/10.18192/uojm.v7i1.1987>
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 97–112. <https://doi.org/10.1080/016128498249105>
- Nehls, N. (2000). Recovering: A process of empowerment. In *Advances in Nursing Science* (Vol. 22, Issue 4, pp. 62–70). <https://doi.org/10.1097/00012272-200006000-00006>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), 25–43. <https://doi.org/10.1080/15555240.2011.540978>
- Nickell, G. (2009). *Causal Attribution*.
- Pearce, S., Scott, L., Attwood, G., Saunders, K., Dean, M., De Ridder, R., Galea, D., Konstantinidou, H., & Crawford, M. (2017). Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 149–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184366>
- Pembroke, N. (2016). Contributions from Christian ethics and Buddhist philosophy to the management of compassion fatigue in nurses. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 120–124. <https://doi.org/10.1111/nhs.12252>
- Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 386–402). Free Press.
- Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 141(12), 1528–1532. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.12.1528>
- Rose, D., & Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: The impact of stress on attributions of challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 827–838. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00758.x>
- Ross, L. (1977). The Intuitive Psychologist And His Shortcomings: Distortions in the Attribution Process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10(C), 173–220. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60357-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60357-3)
- Rudolph, U., Roesch, S. C., Greitemeyer, T., & Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. *Cognition and Emotion*, 18(6), 815–848. <https://doi.org/10.1080/02699930341000248>
- Russell, D. W., McAuley, E., & Tarico, V. (1987). Measuring Causal Attributions for Success and Failure: A Comparison of Methodologies for Assessing Causal Dimensions. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 52(6), 1248–1257. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.6.1248>
- Salasin, S. (2011). *Sine Qua Non for Public Health*. National Council Magazine, 2, 16.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5–6), 39–43.
- Schmidt, G., & Weiner, B. (1988). An Attribution-Affect-Action Theory of Behavior: Replications of Judgments of Help-Giving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14(3), 610–621.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242–251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schunk, D. H, Pintrich, P.R., & Meece, J. L. (2008). *Motivation in education: Theory, research, and application 3rd Ed*. NJ:Merrill/Prentice-Hall.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-efficacy Scale [J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston]. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*, 2008, 35–37.
- Skoufi GI, Lialios GA, Papakosta S, Constantinidis TC, Galanis P, N. E. (2017). Shift Work and Quality of Personal, Professional, and Family Life among Health Care Workers in a Rehabilitation Center in Greece. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 21(3), 115–120.
- Stamm, B.H., 1999a. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. 2nd ed. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In Figley C. R, editor. *Treating compassion fatigue*. (pp. 107–119). NY: Routledge.
- Stamm, B. Hudnall. (2010). The Concise ProQOL Manual. *Pocatello, ID: ProQOL. Org*, 78. http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Stamm, B Hudnall. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. *Treating Compassion Fatigue*, January 2002, 107–119.
- Stanley, B., & Standen, P. J. (2000). Carers' attributions for challenging behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 157–168. <https://doi.org/10.1348/014466500163185>
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. (2009). Borderline Personality Disorder the NICE Guideline on Treatment and Management. In *Nice, Guidelines National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) Staff., & National Library of Medicine*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403>.
- Treloar, A. J. C., & Lewis, A. J. (2008). *Personality Disorder : Randomized Controlled Trial*.
- Tummers, L. G., Groeneveld, S. M., & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2826–2838. <https://doi.org/10.1111/jan.12249>
- Tynan, H., & Allen, D. (2002). The impact of service user cognitive level on carer attributions for

- aggressive behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 213–223. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00120.x>
- Verhaeghe, S., Duprez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, B., & Van Hecke, A. (2016). Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(1), 12–24. <https://doi.org/10.1111/ppc.12097>
- Veysey, S. A. (2011). *Look at the human being in front of you who 's hurting : from health professionals.*
- Weigel, L., Langdon, P. E., Collins, S., & O'Brien, Y. (2006). Challenging behaviour and learning disabilities: The relationship between expressed emotion and staff attributions. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 205–216. <https://doi.org/10.1348/014466505X67510>
- Weiner, B. (1972). Attribution Theory, Achievement Motivation, and the Educational Process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203–215. <https://doi.org/10.3102/00346543042002203>
- Weiner, B. (1984). Principles for a theory of student motivation and their application within an attributional framework. *Research on Motivation in Education*, 1, 15–38.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548–573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion.* Springer US.
- Weiner, B. (1990). Searching for the roots of applied attribution theory. In *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict.* Lawrence Erlbaum Associates.
- Weiner, B. (1992). *Excuses in everyday interaction.* Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Weiner, B. (2000). Attributional thoughts about consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 27(3), 382–387.
- Weiner, B. (2002). An attributional approach to perceived responsibility for transgressions: Extensions to child abuse, punishment goals and political ideology. In *Responsibility* (pp. 63–74). Routledge.
- Weiner, B. (2006). Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach. *Psychology Press.*
- Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the “zero tolerance” era: Associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819–825. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x>
- Williams, S., Dagnan, D., Rodgers, J., & Freeston, M. (2015). Exploring Carers' Judgements of Responsibility and Control in Response to the Challenging Behaviour of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(6), 589–593. <https://doi.org/10.1111/jar.12146>
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). “Destructive whirlwind”: Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703–709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline

personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274–283.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>

Γεώργας, Δ. (1990). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα.

Θεοφίλου Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *Ε-Περιοδικό Επιστήμης Και Τεχνολογίας*, 41–50.

Καζάνη, Ι., Σπανού, Β. & Τριπόδης, Ν. (2014). *Μεταχμιακή – Ιστρινονική - Ναρκισσιστική - Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας*. (χ.ε.).

Κουτελέκος Ι, Π. Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα Του Ασκληπιού.*, 6(1), 1–7.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Ελληνικά Γράμματα.

Μαγγούλια, Π. (2011). *Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές* [Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών].
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/26088#page/1/mode/2up>

Πάκου, Η. (2017). *Health professional's attitudes to mental illness* [University of Ioannina].
http://apothesis.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/7270/Pakou%2CH._NURS_2017.pdf?sequence=1

Ράπτη, Α. (2007). *Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους να αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο* [University of Thessaly].
<https://ir.lib.uth.gr/xmlui/handle/11615/14438>

Σαχλάς, Α., & Μπερσίμης, Σ. (2016). *Εφαρμοσμένη στατιστική με χρήση του IBM SPSS Statistics 23*. Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Εκδόσεις Τόπος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α1: Συμπτωματολογία της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας κατά DSM V

Κατά το DSM 5 (APA, 2013), ο ασθενής θα πρέπει να πληροί τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω κριτήρια για να γίνει η διάγνωση ΜΔΠ:

1. Μανιώδεις προσπάθειες να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη.
Σημείωση: Μη συμπεριλαμβάνετε τη συμπεριφορά αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού που καλύπτεται από το Κριτήριο 5.
 2. Ένα μοντέλο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγή μεταξύ των δύο άκρων: εξιδανίκευση – υποτίμηση.
 3. Διαταραχή της ταυτότητας: έντονα ασταθής αυτοεικόνα ή αίσθηση του εαυτού.
 4. Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί: σπατάλη χρημάτων, σεξ, χρήση ουσιών, ριψοκίνδυνη οδήγηση, υπερβολική κατανάλωση φαγητού. Σημείωση: Μη συμπεριλαμβάνετε τη συμπεριφορά αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού που καλύπτεται από το Κριτήριο 5.
 5. Επαναλαμβανόμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή απόπειρες/απειλές αυτοκτονίας.
 6. Συναισθηματική αστάθεια λόγω έντονης αντιδραστικότητας στη διάθεση (π.χ. συχνά επεισόδια δυσφορίας, ευερεθιστότητας ή άγχους που διαρκούν συνήθως λίγες ώρες και σπάνια πάνω από λίγες μέρες.
 7. Χρόνιο αίσθημα κενού.
 8. Απρόσφορος έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκφράσεις οργής, συνεχής θυμός, επαναλαμβανόμενοι καυγάδες).
 9. Παροδικός, συνδεόμενος με στρες παρανοειδής ιδεασμός ή σοβαρά συμπτώματα αποσύνδεσης.
-

Ερωτηματολόγια

A1: Εισαγωγικό σημείωμα

Ερωτηματολόγιο για τη σχέση των εμπειριών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με ασθενείς με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας με την αυτό-αποτελεσματικότητα και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής.

Αγαπητοί/ές συμμετέχοντες/ουσες,

Ονομάζομαι Μαρκοζάννης Ιωάννα και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία», του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στα πλαίσια του οποίου εκπονώ την διπλωματική μου εργασία υπό την εποπτεία του καθηγητή Γεωργίου Κλεφτάρα.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το πώς νιώθουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σχετικά με την εμπειρία τους με ασθενείς με τη διάγνωση της Μεταιχμιακής (Οριακής) Διαταραχής Προσωπικότητας, καθώς και το αν υπάρχει συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής.

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Παρακαλώ πολύ απαντήστε όσο πιο ειλικρινά και αυθόρμητα μπορείτε. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Να θυμάστε πως δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Γι' αυτό το λόγο επιλέξτε εκείνες που σας εκφράζουν περισσότερο.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Εγγυόμαστε ότι θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία και εχεμύθεια. Κανείς εκτός από την ερευνήτρια και τους επιβλέποντες καθηγητές δεν θα έχει πρόσβαση στο υλικό. Έχετε τη δυνατότητα να διακόψετε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή, όπως επίσης και να αποσύρετε τη συμμετοχή σας εκ των υστέρων, εάν θελήσετε. Αν το επιθυμείτε, μπορείτε να έχετε πρόσβαση στα αποτελέσματα καθώς και στην τελική εργασία που θα προκύψει μετά την ανάλυση όλων των δεδομένων.

Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση αισθανθείτε άνετα να επικοινωνήσετε μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση markozannes.ioanna@gmail.com.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύ σημαντική, καθώς αυτή δεν θα μπορούσε να γίνει χωρίς εσάς. Για αυτόν τον λόγο θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

A2: Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων

Σας παρακαλώ να σημειώσετε στις 4 παρακάτω κενές θέσεις το αρχικό γράμμα του ονόματός σας, του ονόματος του πατέρα σας και της περιοχής που μένετε, καθώς και τον αριθμό της διεύθυνσης κατοικίας σας.

| Αρχικό ονόματος | Αρχικό ονόματος πατέρα | Αρχικό περιοχής που μένετε | Αριθμός διεύθυνσης κατοικίας |
|-----------------|------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | | | |

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ηλικία: _____

Ειδικότητα: _____

Επίπεδο Σπουδών:

- ☐ 1. Πτυχίο Τ.Ε.Ι.
- ☐ 2. Πτυχίο Α.Ε.Ι.
- ☐ 3. Μεταπτυχιακές σπουδές
- ☐ 4. Διδακτορικό δίπλωμα

Εργάζεστε:

- ☐ 1. Σε δημόσιο φορέα ψυχικής υγείας
- ☐ 2. Σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου
- ☐ 3. Σε δημόσιο ψυχιατρικό νοσοκομείο / κλινική
- ☐ 4. Άλλο: _____

Έτη προϋπηρεσίας:

Εμπλέκεστε στην παρούσα φάση στην θεραπεία ατόμων με ΜΔΠ; ☐ 1. Ναι ☐ 2. Όχι

Έχετε εμπλακεί στο παρελθόν στην θεραπεία ατόμων με ΜΔΠ; ☐ 1. Ναι ☐ 2. Όχι

Παρακολουθείτε εποπτεία; ☐ 1. Ναι ☐ 2. Όχι

A3: Ερωτηματολόγιο Αιτιακών Αποδόσεων (Causal Attribution Scale – CAS)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Σας παρουσιάζονται 6 υποθετικές καταστάσεις οι οποίες συμβαίνουν με μία ασθενή που έχει διαγνωστεί με Οριακή (Μεταιχμιακή) Διαταραχή Προσωπικότητας. Διαβάστε την κάθε κατάσταση και φανταστείτε ζωηρά ότι συμβαίνει σε μια ασθενή σας. Αποφασίστε ποια νιώθετε ότι είναι η κύρια αιτία της κατάστασης, αν συνέβαινε σε σας. Γράψτε μια αιτία στο διαθέσιμο κενό. Απαντήστε σε τρεις ερωτήσεις για την αιτία. Απαντήστε σε μία ερώτηση για την κατάσταση. Προχωρήστε στην επόμενη κατάσταση.

Καταστάσεις:

A. Μία ασθενής συμπεριφέρεται με βίαιο τρόπο προς το προσωπικό.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

Αποκλειστικά
λόγω άλλων

1 2 3 4 5 6 7

Αποκλειστικά
λόγω της
ασθενούς

2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;

Δε θα προκύψει
ποτέ ξανά

1 2 3 4 5 6 7

Θα προκύπτει
πάντα

3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;

Δεν έχει καθόλου
τον έλεγχο

1 2 3 4 5 6 7

Έχει τον
απόλυτο έλεγχο

4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;

Δεν έχει καθόλου
τον έλεγχο

1 2 3 4 5 6 7

Έχει τον
απόλυτο έλεγχο

B. Μία ασθενής ενεργοποίησε τον συναγερμό πυρκαγιάς, ενώ δεν υπήρχε φωτιά.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

Αποκλειστικά
λόγω άλλων

1 2 3 4 5 6 7

Αποκλειστικά
λόγω της
ασθενούς

2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Δε θα προκύψει ποτέ ξανά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Θα προκύπτει πάντα |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|

4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|

Γ. Μία ασθενής δεν εμφανίστηκε στο προγραμματισμένο ραντεβού για τη θεραπεία της.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

| | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| Αποκλειστικά λόγω άλλων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Αποκλειστικά λόγω της ασθενούς |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------|

2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Δε θα προκύψει ποτέ ξανά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Θα προκύπτει πάντα |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|

4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|

Δ. Μία ασθενής φωνάζει και απειλεί άλλους ασθενείς, επισκέπτες και προσωπικό.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|
| Αποκλειστικά λόγω άλλων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Αποκλειστικά λόγω της ασθενούς |
| 2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία; | | | | | | | | |
| Δε θα προκύψει ποτέ ξανά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Θα προκύπτει πάντα |
| 3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης; | | | | | | | | |
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
| 4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης; | | | | | | | | |
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |

Ε. Μία ασθενής αρνείται να πάρει τη φαρμακευτική της αγωγή.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|
| Αποκλειστικά λόγω άλλων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Αποκλειστικά λόγω της ασθενούς |
| 2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία; | | | | | | | | |
| Δε θα προκύψει ποτέ ξανά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Θα προκύπτει πάντα |
| 3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης; | | | | | | | | |
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |
| 4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης; | | | | | | | | |
| Δεν έχει καθόλου τον έλεγχο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Έχει τον απόλυτο έλεγχο |

ΣΤ. Μία ασθενής γρατζουνάει τον εαυτό της.

Γράψτε την κύρια αιτία: _____

1. Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;

Αποκλειστικά
λόγω άλλων

1 2 3 4 5 6 7

Αποκλειστικά
λόγω της
ασθενούς

2. Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;

Δε θα προκύψει
ποτέ ξανά

1 2 3 4 5 6 7

Θα προκύπτει
πάντα

3. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;

Δεν έχει καθόλου
τον έλεγχο

1 2 3 4 5 6 7

Έχει τον
απόλυτο έλεγχο

4. Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;

Δεν έχει καθόλου
τον έλεγχο

1 2 3 4 5 6 7

Έχει τον
απόλυτο έλεγχο

A4: Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (The Professional Quality of Life Scale 5 – ProQOL 5)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με εσάς και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

| | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Συχνά | Πολύ συχνά |
|---|------|--------|---------------|-------|------------|
| 1. Είμαι ευτυχισμένος / η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω / υποστηρίζω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Μου αρέσει η δουλειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Αισθάνομαι σα να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Έχω πεπειθήσεις οι οποίες με στηρίζουν. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Είμαι ευχαριστημένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/ -η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Αισθάνομαι εξαντλημένος / η λόγω της δουλειάς μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/ η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Αισθάνομαι ότι «βαλτώνω» από το σύστημα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Δε μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A5: Κλίμακα Γενικής Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-efficacy Scale – GSE)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Δίπλα σε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις: Καθόλου αλήθεια (1), Ελάχιστα αλήθεια (2), Αρκετά αλήθεια (3) και Απολύτως αλήθεια (4). Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και διαλέξτε ποια από τις απαντήσεις περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεστε για τον εαυτό σας. Βάλτε την απάντησή σας μέσα σε κύκλο. Σας παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις προτάσεις. Εάν καμία από τις απαντήσεις δεν σας εκφράζει ακριβώς, βάλτε μέσα σε κύκλο αυτή που σας εκφράζει το περισσότερο. Μην σπαταλήσετε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση και απαντήστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινά. Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν απολύτως εμπιστευτικές.

| | Καθόλου αλήθεια | Ελάχιστα αλήθεια | Αρκετά αλήθεια | Απολύτως αλήθεια |
|--|--------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Εάν κάποιος μου αντιτίθεται μπορώ πάντα να βρω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να πραγματοποιήσω τα σχέδιά μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Πιστεύω για τον εαυτό μου ότι μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα απροσδόκητα γεγονότα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ευτυχώς, λόγω της επινοητικότητάς μου ξέρω πάντα πώς να χειριστώ απρόοπτες καταστάσεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις ικανότητές μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Όταν βρεθώ αντιμέτωπος/η με ένα πρόβλημα συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Εάν είμαι αναγκασμένος/η να αντιμετωπίσω μια κατάσταση συνήθως μπορώ να σκεφτώ τρόπους να το κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Δεν παίζει ρόλο τι θα μου συμβεί, συνήθως μπορώ να το αντιμετωπίσω | 1 | 2 | 3 | 4 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πίνακας Β1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=85)

| | N | Σχετικές συχνότητες % |
|--|-----------|-----------------------|
| Φύλο | | |
| Γυναίκα | 74 | 87.06 |
| Άνδρας | 11 | 12.94 |
| Ηλικία | | |
| <30 | 13 | 15.29 |
| 30-39 | 40 | 47.06 |
| 40-49 | 19 | 22.35 |
| 50+ | 13 | 15.29 |
| Επίπεδο σπουδών | | |
| Πτυχίο ΤΕΙ | 18 | 21.18 |
| Πτυχίο ΑΕΙ | 18 | 21.18 |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 46 | 54.12 |
| Διδακτορικό δίπλωμα | 3 | 3.53 |
| Έτη προϋπηρεσίας | | |
| 0-5 | 25 | 29.41 |
| 6-10 | 30 | 35.29 |
| 11-20 | 19 | 22.35 |
| >20 | 11 | 12.94 |
| Ειδικότητα | | |
| Ψυχολόγος/Ψυχοθεραπευτής | 46 | 54.12 |
| Κοινωνικός λειτουργός | 11 | 12.94 |
| Νοσηλεύτης / φροντιστής | 21 | 24.71 |
| Ψυχίατρος | 7 | 8.24 |
| Παρακολουθείτε εποπτεία | | |
| Όχι | 37 | 43.53 |
| Ναι | 48 | 56.47 |
| Φορέας εργασίας | | |
| Δημόσιος φορέας | 52 | 61.18 |
| Ιδιωτικός φορέας | 33 | 38.82 |
| Εμπλοκή στη θεραπεία ΑΜΔΠ παρόν | | |
| Ναι | 40 | 47.06 |
| Όχι | 45 | 52.94 |
| Εμπλοκή στη θεραπεία ΑΜΔΠ παρελθόν | | |
| Ναι | 65 | 76.47 |
| Όχι | 20 | 23.53 |
| Εμπλοκή σε θεραπεία ΑΜΔΠ Παρόν – Παρελθόν | | |
| Όχι-Όχι | 15 | 17.65 |
| Όχι-Ναι | 30 | 35.29 |
| Ναι-Όχι | 5 | 5.88 |
| Ναι-Ναι | 35 | 41.18 |
| Σύνολο | 85 | 100 |

Πίνακας Β2: Παραγοντική δομή και φορτίσεις των προτάσεων-δηλώσεων του CAS που προέκυψαν μετά από την περιστροφή Varimax

| Rotated Component Matrix ^a | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|------|------|-------|------------|------|------|
| items | Παράγοντες | | | items | Παράγοντες | | |
| | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 |
| 1 | | .793 | | 13 | | .759 | |
| 2 | | | .649 | 14 | | | .733 |
| 3 | .540 | | | 15 | .794 | | |
| 4 | .783 | | | 16 | .809 | | |
| 5 | | .760 | | 17 | | .781 | |
| 6 | | | .579 | 18 | | | .782 |
| 7 | .646 | | | 19 | .709 | | |
| 8 | .705 | | | 20 | .675 | | |
| 9 | | .690 | | 21 | | .753 | |
| 10 | | | .760 | 22 | | | .764 |
| 11 | .682 | | | 23 | .597 | | |
| 12 | .754 | | | 24 | .709 | | |

Μέθοδος Εξαγωγής: Ανάλυση Βασικών Συνιστωσών.

Μέθοδος Περιστροφής: Varimax με Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Πίνακας Β3: Προτάσεις του παράγοντα 1 – ελεγχσιμότητα (controllability)

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 12 στοιχεία. Έχει ιδιοτιμή 6.03 και ερμηνεύει το 25.11% της συνολικής διακύμανσης. Ορίζεται ως ελεγχσιμότητα (controllability) και έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha=.87$. Οι προτάσεις σε αυτόν τον παράγοντα που είχαν φόρτιση μεγαλύτερη του .4 ήταν οι εξής:

| | |
|---|---------------|
| <i>Δ4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.809)</i> |
| <i>Δ3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.794)</i> |
| <i>Α4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.783)</i> |
| <i>Γ4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.754)</i> |
| <i>ΣΤ4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.709)</i> |
| <i>Ε4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.709)</i> |
| <i>Β4 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο για την αιτία της κατάστασης;</i> | <i>(.705)</i> |
| <i>Γ3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.682)</i> |
| <i>Ε3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.675)</i> |
| <i>Β3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.646)</i> |
| <i>ΣΤ3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.597)</i> |
| <i>Α3 Πόσο η ασθενής έχει τον έλεγχο της κατάστασης;</i> | <i>(.540)</i> |

Πίνακας Β4: Προτάσεις του παράγοντα 2 – εσωτερική εστία ελέγχου (internality)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 στοιχεία. Έχει ιδιοτιμή 3.7 και ερμηνεύει το 15.4% της συνολικής διακύμανσης. Ορίζεται ως εσωτερική εστία ελέγχου (internality) και έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha=.83$. Οι προτάσεις σε αυτόν τον παράγοντα που είχαν φόρτιση μεγαλύτερη του .4 ήταν οι εξής:

| | |
|---|---------------|
| <i>Α1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.793)</i> |
| <i>Ε1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.781)</i> |
| <i>Β1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.760)</i> |
| <i>Δ1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.759)</i> |
| <i>ΣΤ1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.753)</i> |
| <i>Γ1 Η αιτία για τη συμπεριφορά της ασθενούς οφείλεται σε κάτι σχετικό με την ίδια ή σε κάτι σχετικό με άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις;</i> | <i>(.690)</i> |

Πίνακας B5: Προτάσεις του παράγοντα 3 – σταθερότητα (*stability*)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 6 στοιχεία. Έχει ιδιοτιμή 3.44 και ερμηνεύει το 14.33% της συνολικής διακύμανσης. Ορίζεται ως σταθερότητα (*stability*) και έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha=.91$. Οι προτάσεις σε αυτόν τον παράγοντα που είχαν φόρτιση μεγαλύτερη του .4 ήταν οι εξής:

| | |
|---|---------------|
| <i>E2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.782)</i> |
| <i>ΣΤ2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.764)</i> |
| <i>Γ2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.760)</i> |
| <i>Δ2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.733)</i> |
| <i>Α2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.649)</i> |
| <i>Β2 Στο μέλλον με αυτή την ασθενή, θα προκύψει ξανά η ίδια αιτία;.....</i> | <i>(.579)</i> |

Πίνακας Β6: Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CAS

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-------------------------|---------------------------------|----|--------|--------------|----|--------|
| | Statistic | df | τιμή p | Statistic | df | τιμή p |
| Ελεγκσιμότητα | .090 | 85 | .084 | .964 | 85 | .017* |
| Εσωτερική εστία ελέγχου | .095 | 85 | .054 | .949 | 85 | .002* |
| Σταθερότητα | .090 | 85 | .083 | .984 | 85 | .370 |

a. Lilliefors Significance Correction

* p<.05

Πίνακας Β7: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα «ελεγχιμότητα»

| | | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min - max) |
|-------------------------|------------------|----|-------|-------------|----------------------|
| Φύλο | Γυναίκα | 74 | 87,06 | 3.00 (1.04) | 2.92 (1.00 - 6.33) |
| | Άνδρας | 11 | 12,94 | 3.24 (.69) | 3.00 (2.33 - 4.08) |
| Ηλικία | <30 | 13 | 15,29 | 3.04 (.78) | 2.92 (2.00 - 4.67) |
| | 30-39 | 40 | 47,06 | 3.10 (1.04) | 3.00 (1.00 - 6.00) |
| | 40-49 | 19 | 22,35 | 3.13 (1.05) | 2.92 (1.50 - 6.33) |
| | 50+ | 13 | 15,29 | 2.66 (1.01) | 2.58 (1.33 - 4.08) |
| Επίπεδο σπουδών | Πτυχίο ΤΕΙ | 18 | 21,18 | 3.00 (1.22) | 2.88 (1.00 - 6.33) |
| | Πτυχίο ΑΕΙ | 18 | 21,18 | 2.70 (.78) | 2.63 (1.42 - 4.08) |
| | Μεταπτυχιακό | 46 | 54,12 | 3.20 (.98) | 3.00 (1.33 - 6.00) |
| | Διδακτορικό | 3 | 3,53 | 2.56 (.48) | 2.83 (2.00 - 2.83) |
| Έτη προϋπηρεσίας | 0-5 | 25 | 29,41 | 3.11 (.89) | 3.00 (1.67 - 5.17) |
| | 6-10 | 30 | 35,29 | 3.05 (1.07) | 2.88 (1.00 - 6.00) |
| | 11-20 | 19 | 22,35 | 3.09 (1.03) | 2.83 (1.50 - 6.33) |
| | >20 | 11 | 12,94 | 2.69 (1.03) | 2.58 (1.33 - 4.08) |
| Ειδικότητα | Ψυχολόγος | 46 | 54,12 | 3.10 (.94) | 2.92 (1.42 - 6.00) |
| | Κοιν.λειτουργός | 11 | 12,94 | 2.42 (1.19) | 2.42 (1.00 - 4.08) |
| | Νοσηλεύτης | 21 | 24,71 | 3.35 (1.00) | 3.33 (1.67 - 6.33) |
| | Ψυχίατρος | 7 | 8,24 | 2.58 (.61) | 2.75 (1.75 - 3.42) |
| Εποπτεία | Όχι | 37 | 43,53 | 3.04 (1.02) | 2.92 (1.42 - 6.33) |
| | Ναι | 48 | 56,47 | 3.02 (.99) | 2.92 (1.00 - 6.00) |
| Φορέας εργασίας | Δημόσιος φορέας | 52 | 61,18 | 2.94 (1.04) | 2.83 (1.00 - 6.33) |
| | Ιδιωτικός φορέας | 33 | 38,82 | 3.18 (.93) | 2.92 (1.42 - 6.00) |
| Επαφή | Όχι-Όχι | 15 | 17,65 | 3.37 (1.05) | 3.00 (2.08 - 6.00) |
| | Όχι-Ναι | 30 | 35,29 | 2.83 (.92) | 2.92 (1.00 - 5.17) |
| | Ναι-Όχι | 5 | 5,88 | 2.97 (1.03) | 2.58 (2.00 - 4.67) |
| | Ναι-Ναι | 35 | 41,18 | 3.06 (1.04) | 2.92 (1.33 - 6.33) |

Πίνακας Β8: Αναλύσεις Mann Whitney για τις μεταβλητές φύλο, εποπτεία και φορέας εργασίας σε σχέση με τον παράγοντα «ελεγχιμότητα»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|-----------------|----------|----------------|--------|
| Φύλο | z | -1.055 | .291 |
| Εποπτεία | z | .062 | .951 |
| Φορέας εργασίας | z | -.966 | .334 |

Πίνακας Β9: Αναλύσεις διακύμανσης Kruskal Wallis για τις μεταβλητές ηλικία, επίπεδο σπουδών, έτη προϋπηρεσίας, ειδικότητα και επαφή σε σχέση με τον παράγοντα «ελεγχιμότητα»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|------------------|----------|----------------|--------|
| Ηλικία | x2(3) | 1.868 | .600 |
| Επίπεδο σπουδών | x2(3) | 4.371 | .224 |
| Έτη προϋπηρεσίας | x2(3) | 1.000 | .801 |
| Ειδικότητα | x2(3) | 6.456 | .091 |
| Επαφή | x2(3) | 2.001 | .572 |

Πίνακας Β10: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου»

| | | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) |
|-------------------------|------------------|----|-------|-------------|--------------------|
| Φύλο | Γυναίκα | 74 | 87,06 | 4.84 (1.16) | 5.00 (1.00 - 7.00) |
| | Άνδρας | 11 | 12,94 | 5.38 (.85) | 5.67 (3.67 - 6.67) |
| Ηλικία | <30 | 13 | 15,29 | 4.38 (1.32) | 4.67 (1.00 - 6.17) |
| | 30-39 | 40 | 47,06 | 4.95 (1.07) | 5.17 (1.00 - 6.83) |
| | 40-49 | 19 | 22,35 | 4.69 (.95) | 4.67 (3.00 - 6.33) |
| | 50+ | 13 | 15,29 | 5.65 (1.09) | 6.00 (3.83 - 7.00) |
| Επίπεδο σπουδών | Πτυχίο ΤΕΙ | 18 | 21,18 | 5.20 (1.14) | 5.00 (3.00 - 7.00) |
| | Πτυχίο ΑΕΙ | 18 | 21,18 | 4.64 (1.41) | 4.83 (1.00 - 7.00) |
| | Μεταπτυχιακό | 46 | 54,12 | 4.97 (1.01) | 5.17 (1.00 - 6.67) |
| | Διδακτορικό | 3 | 3,53 | 3.89 (.19) | 4.00 (3.67 - 4.00) |
| Έτη προϋπηρεσίας | 0-5 | 25 | 29,41 | 4.51 (1.35) | 4.83 (1.00 - 6.17) |
| | 6-10 | 30 | 35,29 | 4.93 (.99) | 5.08 (3.00 - 6.83) |
| | 11-20 | 19 | 22,35 | 4.94 (1.00) | 5.00 (3.33 - 7.00) |
| | >20 | 11 | 12,94 | 5.73 (.82) | 5.67 (4.50 - 7.00) |
| Ειδικότητα | Ψυχολόγος | 46 | 54,12 | 4.96 (1.04) | 5.17 (1.00 - 7.00) |
| | Κοιν.λειτουργός | 11 | 12,94 | 4.97 (1.73) | 4.83 (1.00 - 7.00) |
| | Νοσηλεύτης | 21 | 24,71 | 4.95 (.99) | 5.00 (3.00 - 6.67) |
| | Ψυχίατρος | 7 | 8,24 | 4.43 (1.19) | 4.17 (3.00 - 6.33) |
| Εποπτεία | Όχι | 37 | 43,53 | 4.95 (1.23) | 5.00 (1.00 - 7.00) |
| | Ναι | 48 | 56,47 | 4.89 (1.07) | 5.17 (1.00 - 6.83) |
| Φορέας εργασίας | Δημόσιος φορέας | 52 | 61,18 | 4.98 (1.12) | 5.00 (1.00 - 7.00) |
| | Ιδιωτικός φορέας | 33 | 38,82 | 4.81 (1.17) | 5.17 (1.00 - 7.00) |
| Επαφή | Όχι-Όχι | 15 | 17,65 | 5.20 (.84) | 5.17 (4.00 - 7.00) |
| | Όχι-Ναι | 30 | 35,29 | 4.93 (1.32) | 5.17 (1.00 - 7.00) |
| | Ναι-Όχι | 5 | 5,88 | 3.73 (1.88) | 4.00 (1.00 - 6.00) |
| | Ναι-Ναι | 35 | 41,18 | 4.95 (.86) | 5.00 (3.00 - 6.50) |

Πίνακας B11: Αναλύσεις Mann Whitney για τις μεταβλητές φύλο, εποπτεία και φορέας εργασίας σε σχέση με τον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|------------------------|----------|----------------|--------|
| Φύλο | z | -1.548 | .122 |
| Εποπτεία | z | .160 | .873 |
| Φορέας εργασίας | z | .321 | .748 |

Πίνακας B12: Αναλύσεις διακύμανσης Kruskal Wallis για τις μεταβλητές ηλικία, επίπεδο σπουδών, έτη προϋπηρεσίας, ειδικότητα και επαφή σε σχέση με τον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|-------------------------|----------|----------------|--------|
| Ηλικία | x2(3) | 8.556 | .036* |
| Επίπεδο σπουδών | x2(3) | 5.502 | .139 |
| Έτη προϋπηρεσίας | x2(3) | 7.236 | .065 |
| Ειδικότητα | x2(3) | 1.978 | .577 |
| Επαφή | x2(3) | 3.305 | .347 |

*p<.05

Πίνακας Β13: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα «σταθερότητα»

| | | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) |
|-------------------------|------------------|----|-------|-------------|--------------------|
| Φύλο | Γυναίκα | 74 | 87,06 | 5.13 (.88) | 5.17 (3.00 - 7.00) |
| | Ανδρας | 11 | 12,94 | 5.09 (.75) | 5.00 (3.83 - 6.67) |
| Ηλικία | <30 | 13 | 15,29 | 4.49 (.75) | 4.50 (3.00 - 5.83) |
| | 30-39 | 40 | 47,06 | 5.22 (.75) | 5.33 (3.67 - 6.50) |
| | 40-49 | 19 | 22,35 | 5.07 (.85) | 5.00 (3.67 - 6.67) |
| | 50+ | 13 | 15,29 | 5.54 (.99) | 5.33 (4.00 - 7.00) |
| Επίπεδο σπουδών | Πτυχίο ΤΕΙ | 18 | 21,18 | 5.31 (1.02) | 5.33 (3.00 - 7.00) |
| | Πτυχίο ΑΕΙ | 18 | 21,18 | 4.89 (.84) | 4.75 (3.83 - 6.83) |
| | Μεταπτυχιακό | 46 | 54,12 | 5.17 (.77) | 5.17 (3.67 - 6.67) |
| | Διδακτορικό | 3 | 3,53 | 4.67 (1.17) | 4.17 (3.83 - 6.00) |
| Έτη προϋπηρεσίας | 0-5 | 25 | 29,41 | 4.75 (.79) | 4.67 (3.00 - 6.50) |
| | 6-10 | 30 | 35,29 | 5.22 (.81) | 5.42 (3.67 - 6.33) |
| | 11-20 | 19 | 22,35 | 5.15 (.91) | 5.17 (3.83 - 7.00) |
| | >20 | 11 | 12,94 | 5.67 (.74) | 5.33 (4.83 - 6.83) |
| Ειδικότητα | Ψυχολόγος | 46 | 54,12 | 5.10 (.74) | 5.00 (4.00 - 6.83) |
| | Κοιν.λειτουργός | 11 | 12,94 | 5.41 (.92) | 5.33 (4.00 - 7.00) |
| | Νοσηλεύτης | 21 | 24,71 | 4.98 (.99) | 5.17 (3.00 - 6.67) |
| | Ψυχίατρος | 7 | 8,24 | 5.24 (1.10) | 5.83 (3.83 - 6.33) |
| Εποπτεία | Όχι | 37 | 43,53 | 5.21 (1.01) | 5.17 (3.67 - 7.00) |
| | Ναι | 48 | 56,47 | 5.06 (.72) | 5.08 (3.00 - 6.50) |
| Φορέας εργασίας | Δημόσιος φορέας | 52 | 61,18 | 5.21 (.92) | 5.25 (3.00 - 7.00) |
| | Ιδιωτικός φορέας | 33 | 38,82 | 4.98 (.74) | 4.83 (3.67 - 6.83) |
| Επαφή | Όχι-Όχι | 15 | 17,65 | 5.29 (.91) | 5.67 (4.00 - 7.00) |
| | Όχι-Ναι | 30 | 35,29 | 4.94 (.84) | 4.83 (3.00 - 6.83) |
| | Ναι-Όχι | 5 | 5,88 | 5.07 (1.13) | 5.83 (3.67 - 6.00) |
| | Ναι-Ναι | 35 | 41,18 | 5.21 (.82) | 5.33 (3.67 - 6.67) |

Πίνακας B14: Αναλύσεις *t*-test για τις μεταβλητές φύλο, εποπτεία και φορέας εργασίας σε σχέση με τον παράγοντα «σταθερότητα»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|------------------------|----------|----------------|--------|
| Φύλο | t | .135 | .122 |
| Εποπτεία | t | .832 | .408 |
| Φορέας εργασίας | t | 1.236 | .220 |

Πίνακας B15: Αναλύσεις διακύμανσης ANOVA για τις μεταβλητές ηλικία, επίπεδο σπουδών, έτη προϋπηρεσίας, ειδικότητα και επαφή σε σχέση με τον παράγοντα «σταθερότητα»

| | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | Τιμή p |
|-------------------------|----------|----------------|--------|
| Ηλικία | F(3,81) | 3.990 | .011* |
| Επίπεδο σπουδών | F(3,81) | 1.060 | .371 |
| Έτη προϋπηρεσίας | F(3,81) | 3.430 | .021 * |
| Ειδικότητα | F(3,81) | .640 | .594 |
| Επαφή | F(3,81) | .750 | .523 |

*p<.05

Πίνακας Β16: Συσχετίσεις *Pearson r* των παραγόντων των αιτιακών αποδόσεων με την Αυτοαποτελεσματικότητα

| | Αυτοαποτελεσματικότητα | |
|-------------------------|------------------------|--------|
| | Pearson r | τιμή p |
| Ελεγχιμότητα | -.061 | .577 |
| Εσωτερική εστία ελέγχου | -.042 | .702 |
| Σταθερότητα | .035 | .751 |

Πίνακας B17: Ανάλυση διακύμανσης *Kruskal Wallis* για την ικανοποίηση από τη συμπόνια σε σχέση με τον παράγοντα ελεγχιμότητα της κλίμακας CAS

| | Ικανοποίηση από τη συμπόνια | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|---------------------|-----------------------------|----|-------|-------------|--------------------|-------------|----------------|--------|
| Ελεγχιμότητα | Χαμηλή | 19 | 22.35 | 3.27 (1.08) | 3.08 (1.50 - 6.00) | $\chi^2(2)$ | 1.749 | .417 |
| | Μέτρια | 46 | 54.12 | 3.01 (.81) | 2.96 (1.42 - 5.17) | | | |
| | Υψηλή | 20 | 23.53 | 2.85 (1.28) | 2.88 (1.00 - 6.33) | | | |

Πίνακας B18: Ανάλυση διακύμανσης *Kruskal Wallis* για την ικανοποίηση από τη συμπόνια σε σχέση με τον παράγοντα εσωτερική εστία ελέγχου της κλίμακας CAS

| | Ικανοποίηση από τη συμπόνια | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|--------------------------------|-----------------------------|----|-------|-------------|--------------------|-------------|----------------|--------|
| Εσωτερική εστία ελέγχου | Χαμηλή | 19 | 22.35 | 4.85 (.89) | 4.83 (3.33 - 6.00) | $\chi^2(2)$ | .303 | .859 |
| | Μέτρια | 46 | 54.12 | 4.94 (1.17) | 5.17 (1.00 - 7.00) | | | |
| | Υψηλή | 20 | 23.53 | 4.91 (1.30) | 5.00 (1.00 - 6.83) | | | |

Πίνακας B19: Ανάλυση διακύμανσης *ANOVA* για την ικανοποίηση από τη συμπόνια σε σχέση με τον παράγοντα σταθερότητα της κλίμακας CAS

| | Ικανοποίηση από τη συμπόνια | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|--------------------|-----------------------------|----|-------|-------------|--------------------|----------|----------------|--------|
| Σταθερότητα | Χαμηλή | 19 | 22.35 | 5.20 (.99) | 5.67 (3.00 - 6.67) | F(2,82) | 1.430 | .245 |
| | Μέτρια | 46 | 54.12 | 5.21 (.83) | 5.17 (3.67 - 7.00) | | | |
| | Υψηλή | 20 | 23.53 | 4.84 (.76) | 4.75 (3.83 - 6.67) | | | |

Πίνακας B20: Ανάλυση διακύμανσης *Kruskal Wallis* για την επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τον παράγοντα ελεγχσιμότητα της κλίμακας CAS

| | Επαγγελματική ή εξουθένωση | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|---------------|----------------------------|----|-----------|----------------|-----------------------|-------------|----------------|--------|
| Ελεγχσιμότητα | Χαμηλή | 24 | 28.2 4 | 2.71 (1.02) | 2.92 (1.00 - 5.17) | $\chi^2(2)$ | 2.472 | .291 |
| | Μέτρια | 39 | 45.8 8 | 3.08 (.90) | 2.92 (1.67 - 6.33) | | | |
| | Υψηλή | 22 | 25.8 8 | 3.28 (1.10) | 3.04 (1.50 - 6.00) | | | |
| | | | | | | | | |

Πίνακας B21: Ανάλυση διακύμανσης *Kruskal Wallis* για την επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τον παράγοντα εσωτερική εστία ελέγχου της κλίμακας CAS

| | Επαγγελματική εξουθένωση | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|-------------------------|--------------------------|----|-------|----------------|-----------------------|-------------|----------------|--------|
| Εσωτερική εστία ελέγχου | Χαμηλή | 24 | 28.24 | 4.94 (1.39) | 5.17 (1.00 - 7.00) | $\chi^2(2)$ | 2.383 | .304 |
| | Μέτρια | 39 | 45.88 | 5.06 (.98) | 5.17 (3.00 - 7.00) | | | |
| | Υψηλή | 22 | 25.88 | 4.61 (1.07) | 4.75 (1.00 - 6.00) | | | |
| | | | | | | | | |

Πίνακας B22: Ανάλυση διακύμανσης *ANOVA* για την επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τον παράγοντα σταθερότητα της κλίμακας CAS

| | Επαγγελματική εξουθένωση | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min-max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|-------------|--------------------------|----|-------|---------------|-----------------------|----------|----------------|--------|
| Σταθερότητα | Χαμηλή | 24 | 28.24 | 5.08 (.83) | 5.00 (3.67 - 6.83) | F(2,82) | .390 | .677 |
| | Μέτρια | 39 | 45.88 | 5.21 (.80) | 5.17 (3.67 - 7.00) | | | |
| | Υψηλή | 22 | 25.88 | 5.02 (.99) | 5.17 (3.00 - 6.50) | | | |
| | | | | | | | | |

Πίνακας B23: Ανάλυση διακύμανσης *Kruskal Wallis* για το δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με τον παράγοντα ελεγχσιμότητα της κλίμακας CAS

| | Δευτερογενές τραυματικό στρες | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min- max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|----------------------|-------------------------------------|----|-------|----------------|------------------------|-------------|-------------------|--------|
| Ελεγχσιμότητα | Χαμηλό | 21 | 24.71 | 2.87 (1.12) | 2.92 (1.00 - 5.00) | $\chi^2(2)$ | 1.851 | .396 |
| | Μέτριο | 39 | 45.88 | 2.96 (.95) | 2.83 (1.67 - 6.33) | | | |
| | Υψηλό | 25 | 29.41 | 3.27 (.96) | 2.92 (1.50 - 6.00) | | | |

Πίνακας B24: Ανάλυση διακύμανσης *ANOVA* για το δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με τον παράγοντα σταθερότητα της κλίμακας CAS

| | Δευτερογενές τραυματικό στρες | N | % | M.O. (T.A.) | Διάμεσος (min- max) | Κριτήριο | Τιμή κριτηρίου | τιμή p |
|--------------------|-------------------------------------|----|-------|----------------|------------------------|----------|-------------------|--------|
| Σταθερότητα | Χαμηλό | 21 | 24.71 | 5.17 (.91) | 5.17 (3.83 - 6.83) | F(2,82) | .040 | .959 |
| | Μέτριο | 39 | 45.88 | 5.12 (.76) | 5.00 (3.67 - 6.67) | | | |
| | Υψηλό | 25 | 29.41 | 5.09 (.98) | 5.17 (3.00 - 7.00) | | | |